RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur

Rapport annuel 2015-2016

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

Vision, mandat, mission et valeurs 2

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration 3

Conseil d'administration du RLISS de HNHB 6

Évolution continue du RLISS de HNHB 8

Faire participer nos communautés 13

Plan stratégique pour le système de santé 20

Avancement des priorités du système de santé 36

Soins à domicile et en milieu communautaire 62

Indicateurs de rendement 2014-2015 65

États financiers et notes afférentes aux états financiers 75

Vision, mandat, mission et valeurs

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer la disponibilité de services intégrés, et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
la transparence, la collaboration, l'innovation, un véritable dialogue.

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration

Au moment de la publication du rapport annuel de l'année dernière, le ministre venait tout juste de publier *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. Le plan d'action, qui représente la prochaine étape de la modernisation et de l'amélioration du système de santé de l'Ontario, se fonde sur le plan d'action d'origine de 2012 et établit une direction claire visant à placer la population au centre du système en mettant l'accent, en premier lieu, sur les besoins des patients.

En prévision du travail de 2015-2016, le RLISS a entrepris une « mise à jour » de son Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) et a réaffirmé son engagement à améliorer radicalement l'expérience des patients grâce à la qualité, l'intégration et la valeur. Le processus de mise à jour soulignait également l'importance d'établir des secteurs de soins primaires et de soins à domicile et en milieu communautaire forts qui s'intègrent dans un continuum de services axé sur la réponse aux besoins des populations. Ces thèmes étaient également à l'honneur dans le document de discussion intitulé *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario,* publié à la fin de 2015.

En plus de lancer un dialogue et de solliciter l'opinion des utilisateurs et des intervenants du système sur la manière de rendre notre système de soins de santé mieux intégré, plus accessible et meilleur pour les patients, le document de discussion visait à affirmer l'engagement du gouvernement à améliorer l'intégration de tous les services de soins de santé pour l'ensemble des communautés.

Le plan d'action ainsi que les objectifs généraux présentés dans le document de discussion s'harmonisent de près avec le PSSS du RLISS, qui oriente notre travail depuis 2012 et maintient notre attention fermement fixée sur nos objectifs et orientations stratégiques.

Objectif stratégique

Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Orientations stratégiques

1. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.*
2. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.*
3. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en devenant des commissaires à la santé.*

Nous savons qu'il reste beaucoup de travail à accomplir, mais nous avons fait des pas importants dans la bonne direction. Notre rapport annuel fournit l'occasion de résumer en un seul document le travail d'une année – de faire connaître à notre communauté le travail accompli et le travail en cours. Voici quelques-uns des points saillants, qui sont expliqués plus en détail plus loin :

- L'**amélioration de la qualité** est demeurée une priorité pendant l'exécution du Plan stratégique pour le système de santé. Pour la troisième année, les fournisseurs devaient élaborer et soumettre des plans sur la qualité décrivant leurs objectifs et leurs initiatives. L'examen a révélé que 91 % d'entre eux avaient établi des plans clairs énonçant des initiatives et des mesures d'amélioration.
- De nouvelles initiatives dans le secteur de la **santé mentale et de la lutte contre les dépendances** génèrent des résultats très positifs, notamment des réussites régionales liées à l'élargissement des équipes mobiles d'intervention rapide à l'échelle des RLISS pour inclure des secteurs comme Brantford, Burlington, Niagara et Norfolk. Dans chaque collectivité, les équipes mobiles, qui font travailler ensemble des professionnels de la santé mentale et des policiers spécialement formés en vue de mieux répondre aux appels d'urgence provenant de personnes en état de crise, atteignent leurs objectifs, soit de réduire le nombre de personnes appréhendées et amenées à l'hôpital, de diriger les personnes en état de crise vers des organismes communautaires de soutien et de réduire le temps passé à l'hôpital par les policiers.
- Le RLISS a maintenu son engagement envers les travailleurs migrants de l'agriculture à titre de population à risque tout en travaillant à l'amélioration des résultats en matière de santé de la population en se concentrant sur l'**équité en matière de santé** et en éliminant les obstacles à l'accès des populations vulnérables et marginalisées aux soins de santé. Un financement accru a permis la création de trois nouvelles cliniques de soins primaires visant à desservir les travailleurs des collectivités de Hagersville, de Brantford et de Vineland.
- Ayant fait ses preuves, le **Programme de soins complets intégrés** mené par le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton s'est trouvé parmi les six projets choisis par le ministère pour recevoir du financement dans le cadre de la première vague de modèles de financement en soins regroupés. Le programme démarrera avec l'Hôpital Joseph Brant Memorial, Hamilton Health Sciences et le système de santé de Niagara, et englobera l'ensemble des hôpitaux du RLISS d'ici au printemps 2017, desservant environ 2 400 patients souffrant de MPOC ou d'ICC par année.
- Un modèle d'**équipe mobile d'évaluation et de rétablissement pour les personnes âgées** a été mis en œuvre dans six établissements hospitaliers; l'objectif est de freiner le déclin fonctionnel et d'améliorer l'état des personnes âgées à risque élevé. On note une amélioration des résultats chez les patients desservis, y compris une augmentation substantielle des capacités fonctionnelles et du pourcentage de patients qui retournent à la maison, ainsi qu'une diminution de la durée moyenne du séjour et de jours passés à l'hôpital avant le transfert vers un programme de soins complexes ou de rétablissement.
- Le **Programme de soins transitoires** a été élargi pour englober 15 emplacements au cours de 2015-2016, et compte maintenant 196 lits répartis dans les collectivités de Hamilton, de Burlington, de Niagara et de Brant. Le programme, qui offre une solution de rechange en milieu communautaire pour les personnes médicalement stables et prêtes à recevoir leur congé des hôpitaux de soins actifs, mais incapables de retourner à la maison dans l'immédiat, a cumulé près de 30 000 jours, soit une diminution de la durée de séjour des patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de soins (ANS).

Comme en témoignent ces six exemples, nous ne sommes pas seuls pour faire le travail. Le personnel et le conseil du RLISS de HNHB comptent énormément sur nos partenaires de soins de santé à l'échelle de la région et nous leur sommes reconnaissants de leur dévouement à améliorer la prestation de soins de santé à nos citoyens. Au moyen d'outils comme notre série de vidéos *Voices in the Community*, nous sommes engagés à soutenir nos partenaires et à faire connaître leur travail innovateur et leurs réussites par la bouche de patients, de clients et de personnes soignantes. Leurs récits montrent ce qu'il est possible

d'accomplir lorsque nous – le RLISS, les fournisseurs de services de santé, les citoyens et les parties prenantes – **travaillons ensemble à réaliser une vision commune**.

Nous sommes impatients de poursuivre notre route ensemble en vue de créer un système de santé qui permette à l'ensemble de la population de demeurer en santé et de prodiguer aux gens de bons soins lorsqu'ils sont malades, et qui sera présent pour nos enfants et nos petits-enfants. Le travail que nous accomplissons a pour effet d'améliorer considérablement l'expérience du patient. Merci de continuer à placer nos patients et leurs familles au centre de votre réflexion et de votre travail.

Sincères salutations,

Donna Cripps
Directrice générale

Michael Shea
Président du conseil d'administration

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

De gauche à droite : *Bill Thompson, Dominic Ventresca, Laurie Ryan-Hill, Michael Shea, Ruby Jacobs, Helen Mulligan, Mervin Witter, Madhuri Ramakrishnan*

Michael Shea, président*
Nomination : 28 octobre 2010 Mandat : 3 ans
Renomination : 27 octobre 2013 Mandat : 3 ans
*Nomination à la présidence : 2 juin 2011

Mervin Witter, vice-président**
Nomination : 2 juin 2011 Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2014 Mandat : 3 ans
**Nomination à la vice-présidence en vigueur le 19 mars 2016

Laurie Ryan-Hill, vice-présidente***
Nomination : 17 mai 2011 Mandat : 3 ans
Renomination : 17 mai 2014 Mandat : 3 ans
***Nomination au poste de deuxième vice-présidente en vigueur le 30 mars 2016

Helen Mulligan, membre
Nomination : 17 juin 2010 Mandat : 3 ans
Renomination : 17 juin 2013 Mandat : 3 ans

Bill Thompson, membre
Nomination : 13 mai 2015 Mandat : 3 ans

Dominic Ventresca, membre
Nomination : 27 mai 2015 Mandat : 3 ans

Madhuri Ramakrishnan, membre
Nomination : 24 février 2016 Mandat : 3 ans

Changements survenus au sein du conseil d'administration

Après avoir effectué les deux mandats de trois ans permis au sein du conseil d'administration, Ruby Jacobs a terminé son mandat le 19 mars 2016. Madame Jacobs était une administratrice appréciée qui a également occupé le poste de vice-présidente et de présidente du comité de la sécurité et de la qualité. Après son départ, Mervin Witter a été nommé vice-président et président du comité de la sécurité et de la qualité, nomination en vigueur depuis le 19 mars 2016, et Laurie Ryan Hill a été nommée vice-présidente, nomination en vigueur depuis le 30 mai 2016.

Relation entre le conseil d'administration et l'équipe de direction

Au 31 mars 2016, l'équipe de direction du RLISS de HNHB comprenait la directrice générale, les directeurs et directrices des communications, de la participation communautaire et des services généraux, du renouvellement du système de santé, de l'accès aux soins, de la qualité et de la gestion du risque, des finances, des maillons santé et des initiatives stratégiques, ainsi que le médecin responsable du renouvellement du système de soins cliniques.

Les membres de l'équipe de direction assistent aux réunions ordinaires du conseil d'administration, y compris celles du Comité de vérification et du Comité de la qualité et de la sécurité, et aux séances éducatives du conseil d'administration et présentent mensuellement à celui-ci des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs.

Dirigée par la directrice générale et guidée par le Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) quinquennal, le Plan de services de santé intégrés (PSSI) triennal et le Plan d'activités annuel (PAA), l'équipe de direction est responsable des activités stratégiques de l'organisme et veille à ce que les objectifs et les orientations stratégiques du PSSS demeurent à l'avant-plan des recommandations de planification, d'intégration et de financement faites au conseil.

Le conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par l'entremise :

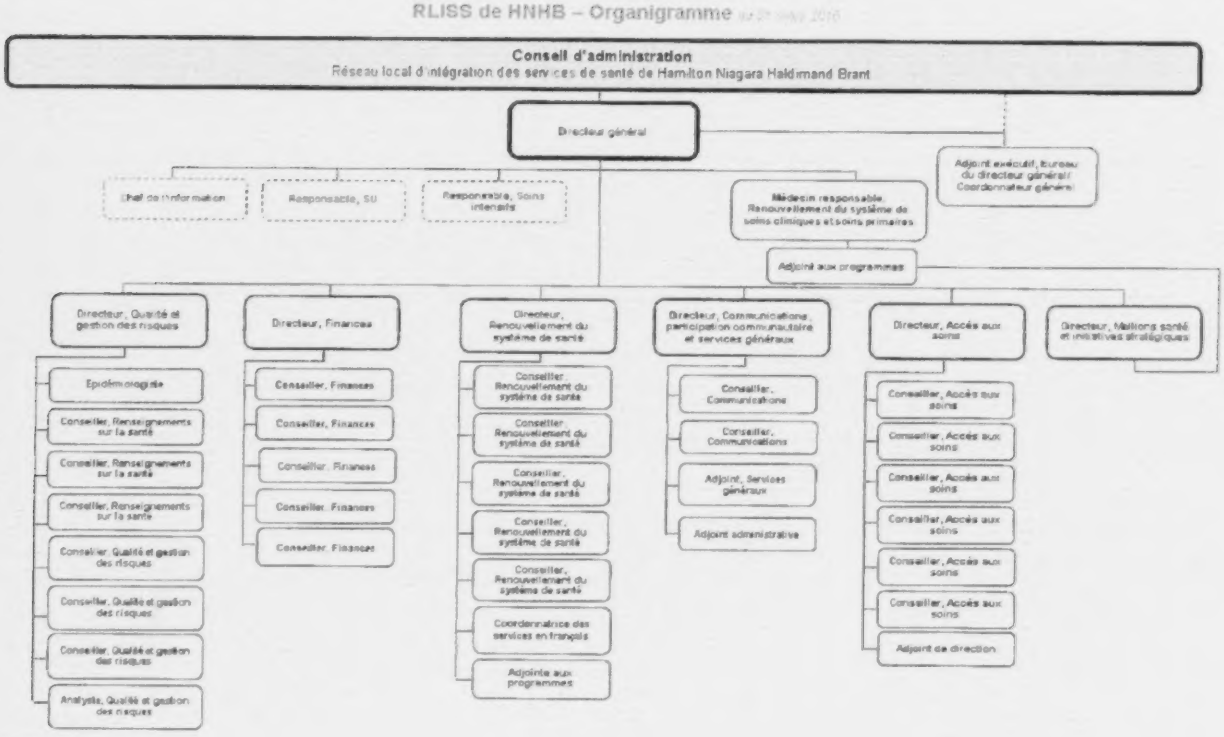
- des réunions ordinaires et des séances éducatives,
- des comités du conseil,
- de directives,
- de l'évaluation du rendement.

Évolution continue du RLISS de HNHB

Notre organisme

Les membres du personnel du RLISS de HNHB sont engagés et passionnés à l'égard de la réalisation de la vision du RLISS – un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et petits-enfants – et de l'objectif stratégique du RLISS, à savoir améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Ce sont cette vision et cet objectif stratégique qui les guident tous les jours dans l'exercice des fonctions associées à leurs rôles.

La structure des rôles au sein de l'organisme est fondée sur les fonctions de base du RLISS et optimise les compétences, le savoir et l'expertise du personnel. Le personnel s'est engagé à renforcer ses capacités et à partager des connaissances en participant à des activités locales, provinciales et nationales. Le personnel applique les valeurs et principes de l'organisme, notamment le respect, l'intégrité et la responsabilité et, pour ce faire, il s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.

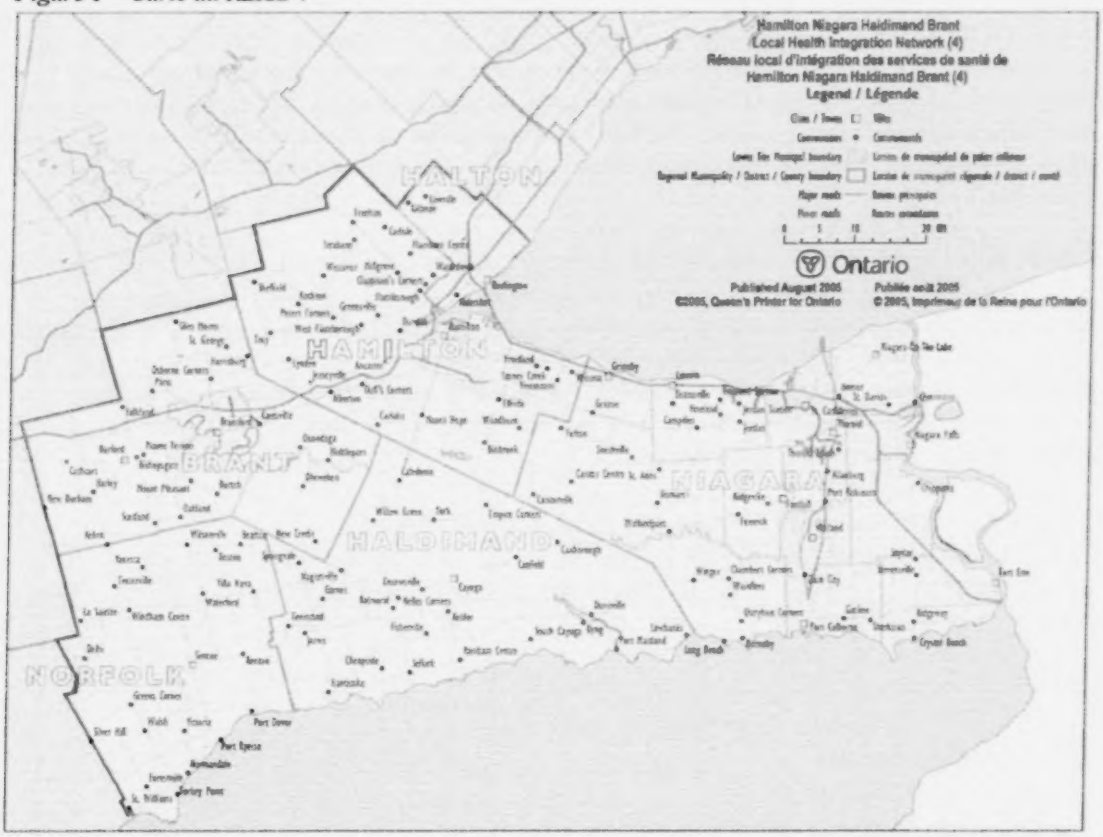


Population du RLISS de HNHB

Données démographiques

Le RLISS de HNHB englobe à la fois des régions urbaines et rurales et couvre un territoire d'environ 6 500 km2. Le RLISS compte environ 1,44 million de personnes, ou 10,4 % de la population de l'Ontario, et on prévoit que celle-ci croîtra de 7,4 % au cours des 10 prochaines années *(source : Projections démographiques, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ ONTARIO).*

Figure 1 – Carte du RLISS 4



Caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS vieillit. Plus de 260 000 personnes âgées de 65 ans ou plus vivent dans la région du RLISS et on s'attend ce que ce nombre atteigne environ 360 000 d'ici 2025; il s'agit là d'une augmentation de plus de 35 %. Chez les personnes âgées, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui connaîtront la plus grande croissance *(source : Projections démographiques, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, SavoirSANTÉ ONTARIO).*

La population de la région du RLISS de HNHB est diversifiée. En effet, 17 % des résidents de la région ont une langue autre que le français ou l'anglais comme langue maternelle. Les francophones, les

membres des Premières nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones vivant en milieu urbain sont des populations reconnues dans le RLISS. Comparativement à la moyenne ontarienne, le RLISS de HNHB compte un plus faible pourcentage d'immigrants (19 %) et de minorités visibles (10 %) (*Enquête nationale auprès des ménages, 2011, Statistique Canada).*

Environ 2,4 % des résidents de la région du RLISS sont francophones. Près de 80 % de la population francophone de la région vit à Hamilton et à Niagara. En outre, Welland et Port Colborne comptent le pourcentage le plus élevé de francophones par rapport à la population totale des communautés du RLISS *(Recensement du Canada de 2011, Statistique Canada).*

Le territoire du RLISS de HNHB compte deux réserves des Premières Nations – la bande Six Nations of the Grand River Territory, qui compte la plus importante population de toutes les communautés des Premières Nations au Canada, et la Première Nation Mississaugas of the New Credit. La population autochtone totale résidant dans la région du RLISS s'élève à environ 28 000 personnes, dont environ 50 % vivent dans la réserve *(source : profils communautaires, Affaires autochtones et du Nord Canada en février 2015).*

À de nombreux égards, la population du RLISS est semblable à celle de la population provinciale sur le plan de diverses caractéristiques sociodémographiques. Dans le RLISS, cependant, il existe certaines différences importantes entre les régions géographiques et au sein de ces dernières. Alors que le RLISS de HNHB présente une proportion de familles à faible revenu comparable à celle de l'Ontario, le taux à Hamilton est plus élevé que la moyenne provinciale. Par rapport à la moyenne ontarienne, le RLISS compte une proportion plus élevée de familles monoparentales et une proportion élevée d'adultes ayant fait des études secondaires et postsecondaires.

Figure 2 – Caractéristiques sociodémographiques du RLISS de HNHB

Caractéristiques sociodémographiques :	RLISS DE HNHB	Ontario
Population totale (2015)*	1 437 426	13 135 063
Population âgée, 65 ans et plus (2015)*	18,4 %	13,9 %
Population qui déclare l'anglais comme langue maternelle	81,3 %	70,4 %
Population qui déclare le français comme langue maternelle	2,3 %	4,4 %
Population d'immigrants	19,2 %	28,5 %
Population de minorités visibles	10,3 %	25,9 %
Population qui déclare être d'identité autochtone	2,8 %	2,4 %
Taux de chômage (15 ans et plus)**	8,1 %	8,3 %
Prévalence de faible revenu en 2010 fondée sur la mesure de faible revenu après impôt	13,2 %	13,9 %
Population (de 25 à 64 ans) ayant terminé des études postsecondaires	61,4 %	64,8 %

*(Sources : *Projections démographiques, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO. **Enquête sur la population active, 2011. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2011et l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Statistique Canada.)*

État de santé

La santé peut être mesurée au moyen d'indicateurs perçus ou autodéclarés ainsi que par la présence ou l'absence de maladies ou de blessures/lésions. L'état de santé autodéclaré peut révéler des aspects de la santé que ne révèlent pas d'autres mesures. Plus de 13 % des résidents du RLISS déclarent un état de santé passable ou mauvais, taux supérieur aux taux provinciaux. En outre, un nombre plus élevé de résidents déclarent une limitation de leurs activités causée par une maladie physique ou mentale ou un problème de santé et disent ressentir une douleur ou un inconfort qui les empêche de participer à des activités *(source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*.

Maladie et décès

Comparativement au reste de la province, les résidents du RLISS présentent une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'arthrite. Environ 20 % des résidents du RLISS de HNHB ont reçu un diagnostic d'hypertension ou d'arthrite, et 6 % ont reçu un diagnostic de MPOC. Le pourcentage de résidents atteints d'asthme est de 8 % et celui des personnes atteintes du diabète est de près de 8%, ce qui signifie que les taux du RLISS de HNHB sont légèrement plus élevés que ceux de l'Ontario *(source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012)*.

Les taux de mortalité reflètent la santé globale de la population. La cardiopathie ischémique, la démence et la maladie d'Alzheimer, le cancer du poumon et l'accident vasculaire cérébral ont constitué les quatre principales causes de décès sur le territoire du RLISS de HNHB. Les taux d'années potentielles de vie perdues reflètent le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Le taux d'années potentielles de vies perdues au sein du RLISS de HNHB est de 11 % plus élevé que celui de la province *(source : Statistique Canada, 2011; Outil interactif ICIS des indicateurs de santé, 2010)*.

Pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé, notamment l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires, peuvent augmenter le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Le taux de tabagisme est de 24 % dans le RLISS de HNHB. Il s'agit là du taux le plus élevé de la province et il est considérablement supérieur à la moyenne provinciale de 18 %. Cependant, les taux varient considérablement au sein du RLISS, allant de 9,9 % à Ancaster à 37 % au centre-ville de Hamilton. Comparativement à l'ensemble de la province, un plus grand nombre de personnes du RLISS de HNHB ont un indice de masse corporelle (IMC) indiquant qu'ils font de l'embonpoint ou sont obèses *(source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*. En 2013, un pourcentage légèrement moins élevé d'adultes sur le territoire du RLISS de HNHB ont déclaré une consommation excessive d'alcool en comparaison avec la moyenne provinciale.

Les activités qui favorisent la santé, préviennent la maladie et réduisent les risques de blessures constituent d'importants éléments pour la santé et le bien-être de la population. Ces activités, qui exigent des personnes qu'elles prennent part à leurs soins de santé, peuvent être facilitées par une relation efficace avec un médecin de soins primaires. Plus de 95 % des adultes vivant dans le RLISS de HNHB ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires, ce qui est légèrement plus élevé que le taux pour l'ensemble de l'Ontario. Des services de santé préventifs, comme la vaccination et les examens de dépistage réguliers, peuvent aider au dépistage précoce et à la prévention des maladies, et réduire l'incidence de la maladie et des décès à plus long terme. Environ 33 % des résidents de HNHB ont reçu un vaccin contre la grippe

en 2013, ce qui se rapproche de la moyenne pour l'ensemble de l'Ontario *(source : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2014).*

Fournisseur de services de santé (FSS)

Depuis le 1er avril 2015, le RLISS de HNHB a conclu 189 ententes de responsabilisation en matière de services avec des fournisseurs de services de santé, leur accordant du financement pour leur permettre de prodiguer des services de soins de santé au sein du RLISS. Parmi ceux-ci, on compte neuf associations hospitalières, 85 foyers de soins de longue durée et 95 organismes de services communautaires de soutien.

Résumé

En comparaison avec l'Ontario, le RLISS compte un pourcentage considérablement plus élevé de :

- personnes déclarant que leur santé est passable ou mauvaise
- personnes déclarant que leurs activités sont limitées en raison d'une douleur ou d'un inconfort
- personnes dont l'IMC indique qu'ils ont un surplus de poids ou sont obèses
- personnes qui fument quotidiennement ou occasionnellement
- personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrite
- personnes ayant reçu un diagnostic de MPOC
- personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle
- personnes ayant reçu un diagnostic d'asthme
- personnes ayant reçu un diagnostic de diabète
- personnes déclarant que leur état de santé mentale est passable ou mauvais
- années potentielles de vie perdues en raison de causes évitables
- mortalité prématurée et de mortalité potentiellement évitable
- problèmes de santé propices aux soins ambulatoires

Faire participer nos communautés

La participation communautaire est une des fonctions fondamentales des RLISS et figure dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, qui a établi les RLISS. Dans le cadre de ses activités, le RLISS échange avec une grande diversité de personnes, notamment des résidents de la région, des professionnels de la santé et des participants actifs au système de santé. Cela comprend les échanges avec les membres des communautés autochtones et francophones. Le RLISS de HNHB reconnaît, respecte et cherche à comprendre les besoins uniques de ces communautés diversifiées.

En vue de l'élaboration de son Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2016-2019, le RLISS de HNHB a dialogué avec des consommateurs de soins de santé provenant de l'ensemble de la région et a rassemblé le Groupe de référence des citoyens (GRC) pour une série de séances de groupe de travail. L'objectif des activités de participation était de comprendre les besoins et les inquiétudes des utilisateurs du système de santé pour faire en sorte que les priorités relevées soient reflétées dans le Plan de services de santé intégrés final.

Deux séances de participation axées sur l'élaboration du PSSI 2016-2019 ont eu lieu; une en anglais, pour le GRC, en juin 2015, et l'autre en français, pour le sous-comité francophone en août 2015. En tout, 30 résidents ont participé à ces séances. Après des mises à jour informatives, on a demandé aux participants d'indiquer quel était l'état futur qu'ils préféraient concernant plusieurs thèmes. Ces thèmes avaient été cernés auparavant à l'aide d'un questionnaire. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du GRC, y compris sur les conclusions détaillées obtenues grâce au groupe, consultez le site Web du RLISS de HNHB à l'adresse suivante : http://www.hnhblhin.on.ca/en/communityengagement/CitizensReferencePanel.aspx?sc_Lang=fr-CA.

Le 17 décembre 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié le document de discussion *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*, qui décrit les changements structurels importants à apporter au système de santé. Ce document est axé sur quatre thèmes généraux reliés entre eux :

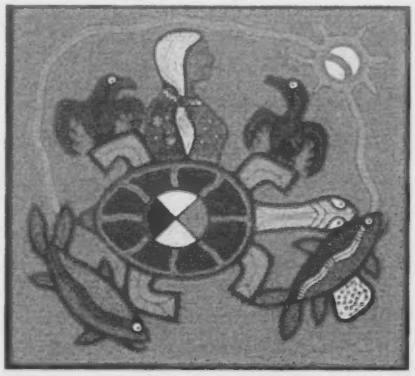
1. *Une intégration des services plus efficace et une plus grande équité*
2. *Accès opportun aux soins primaires et liens continus entre les soins primaires et les autres services*
3. *Soins à domicile et en milieu communautaire plus accessibles et homogènes*
4. *Liens renforcés entre la santé de la population et la santé publique et les autres services de santé*

Dans le cadre du processus de consultation provincial visant à recueillir les commentaires des parties intéressées, notamment les fournisseurs de services, les patients et les personnes soignantes, le RLISS de HBHN a mené une consultation régionale pendant les mois de janvier et de février, et a soumis les commentaires reçus au ministère à la fin de février.

Le RLISS de HBHN a recueilli les commentaires de plusieurs manières, notamment par des questionnaires en ligne, des webinaires, des consultations avec des groupes de médecins et des partenaires des maillons santé, des rencontres avec les parties intéressées et des observations écrites provenant d'organismes de fournisseurs et, pendant toute la durée de ce processus, il a échangé avec plus de 1 200 personnes. Un aperçu des activités de participation, y compris tous les commentaires reçus, est disponible sur le site du RLISS de HBHN à l'adresse : http://www.hnhblhin.on.ca/Bill210/PatientsFirstProposal.aspx?sc_Lang=fr-CA

Participation des Autochtones

La santé et le mieux-être des populations autochtones sont fortement liés à l'identité culturelle, à la responsabilisation de la communauté et à la croyance répandue en l'interdépendance de toutes choses. Il est essentiel que les démarches en matière de soins de santé reconnaissent, respectent et intègrent certains aspects de ces éléments dans la prestation de soins aux patients autochtones et à leur famille. Un réel dialogue avec les Premières Nations et les communautés autochtones urbaines offre aux patients et aux familles l'occasion de partager leurs expériences et permet de tenir compte de ces expériences dans les programmes et les services de santé actuels et futurs. Les connaissances recueillies à partir des échanges avec les communautés sont essentielles à l'élaboration de la stratégie axée sur la population du RLISS visant à améliorer la santé et le mieux-être des populations autochtones. En harmonisant les efforts déployés dans le cadre de pratiques de santé traditionnelles et non traditionnelles, il est possible de mettre au point des solutions concordant avec l'identité culturelle, la santé holistique et les valeurs communautaires.



La collaboration avec le réseau de santé autochtone du RLISS de HNHB a permis de créer des milieux de soins de santé sécuritaires et inclusifs sur le plan culturel, qui se traduisent par une amélioration de l'expérience et des résultats pour les patients. Le réseau de santé autochtone s'est réuni chaque mois afin de partager des connaissances, de communiquer certains problèmes de santé locaux et de formuler au RLISS des commentaires concernant les méthodes de planification, la participation communautaire et la performance du système. En avril 2015, le réseau de santé autochtone a établi un nouveau plan stratégique 2015-2018 fondé sur les besoins en matière de santé des communautés locales et sur les recommandations sur la santé énoncées dans le rapport final et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Voici les cinq principales priorités énoncées :

1. *Compétences culturelles à l'égard des Autochtones*
2. *Accès aux services de guérison traditionnelle*
3. *Solidifier l'unité familiale*
4. *Prévention en santé mentale et en dépendance, et prévention du suicide*
5. *Gestion et prévention des maladies chroniques*

Afin de favoriser l'atteinte de ces priorités, le réseau de santé autochtone s'est engagé à mener diverses activités au cours de l'année 2015-2016, dont les suivantes :

- L'examen, l'évaluation et l'entérinement de la formation sur la sécurité culturelle autochtone de l'Ontario comme première étape positive vers l'amélioration de la sécurité culturelle dans les milieux de soins de santé.
- L'animation d'une séance de coordination des services des intervenants pivots auprès des patients autochtones réunissant 50 membres du personnel d'organismes autochtones afin de tracer un chemin à suivre en matière d'orientation des patients et de créer un système plus intégré, collaboratif et durable pour offrir aux populations autochtones la représentation et le soutien dont ils ont besoin pour accéder aux meilleurs soins possible.
- La création d'un partenariat entre le centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones De dwa da dehs nye>s et l'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario avec deux programmes d'éducation sur le diabète de Niagara et le programme de téléophtalmologie du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton pour améliorer les services offerts par le modèle de soins de l'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario appelé « Team Fridays ». Ce modèle a amélioré l'accès aux services de soins primaires et aux services pour diabétiques au même emplacement, là où les clients peuvent aussi recevoir des services de guérison traditionnelle, d'éducation en matière de diabète, de dépistage rétinien, ainsi que suivre des séminaires sur l'alimentation saine et consulter des cliniques de soins du pied.
- La mise en œuvre d'une stratégie de communication pour accroître la sensibilisation des membres de la communauté aux organismes de services de santé et de services sociaux autochtones qui offrent des programmes et des services conçus, élaborés et offerts par des Autochtones. Le plan comprend le lancement d'un message d'intérêt public diffusé par la chaîne de télévision locale de Hamilton, la distribution de brochures au Brant Community Healthcare System, au Hamilton Health Sciences, au système de santé de Niagara et au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, ainsi que la création d'un site Web du réseau de santé autochtone qui peut être consulté à l'adresse www.ahn-hnhb.ca.

Sécurité culturelle

Parallèlement à l'entérinement du réseau de santé autochtone, le RLISS a élaboré et mis en place un plan pour élargir l'accès à la formation sur la sécurité culturelle autochtone de l'Ontario aux fournisseurs de services de santé pour l'ensemble de la population. En 2015-2016, 160 personnes ont participé à la formation sur la sécurité culturelle autochtone, y compris du personnel du Brant Community Healthcare System, du Hamilton Health Sciences, du système de santé de Niagara, de l'Hôpital général de Norfolk, du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et de cinq programmes d'éducation sur le diabète. Cette formation offre une plateforme pour que les participants approfondissent leurs connaissances des populations autochtones de l'Ontario dans le contexte des soins de santé et qu'ils examinent ensuite de plus près comment ces connaissances changent la façon dont ils fournissent les soins. La formation, qui repose sur les principes du respect, de la sécurité et de la confiance, vise à créer un milieu interactif qui facilite l'acquisition de connaissances par les professionnels de la santé.

Le RLISS continue de soutenir le besoin d'étendre davantage la formation sur la sécurité culturelle autochtone comme moyen nécessaire pour fournir les meilleurs soins possible aux populations autochtones tout en tenant compte et en respectant leurs cultures et leurs croyances.

Orientation des patients

Trois intervenants pivots auprès des patients autochtones à temps plein sont actuellement financés par l'entremise du centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones De dwa da dehs nye>s, et ce, dans trois zones du RLISS : Hamilton, Brantford et Niagara. Leur rôle consiste à travailler avec les organismes de services de santé et de services sociaux autochtones et non autochtones, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Hamilton Niagara Haldimand Brant et les hôpitaux de l'ensemble du RLISS afin de soutenir les clients autochtones, les personnes soignantes et les familles de clients qui tentent de s'orienter dans le système de soins de santé. Entre avril et décembre 2015, ce programme a aidé 265 personnes dans l'ensemble du RLISS à accéder aux services visant à améliorer leur bien-être physique, mental, affectif et spirituel.

Les intervenants pivots auprès des patients autochtones font une différence

Une femme vit avec une maladie pulmonaire avancée et a besoin d'une transplantation pulmonaire.

Son état a été évalué et il a été décidé qu'elle n'était pas admissible, car on avait de sérieuses craintes que le soutien postopératoire perturbe le fonctionnement de sa famille et en raison du manque de soutiens officiels en place.

On a communiqué avec l'intervenant pivot auprès des patients autochtones et tenu une conférence de cas avec le travailleur social, le psychologue et les médecins de la personne concernée. Du soutien en santé mentale et en matière de soins à domicile, des appareils fonctionnels, de même que du soutien sur les plans affectif et social ont été mis en place.

Une deuxième évaluation a permis de conclure que cette personne était admissible à la transplantation pulmonaire et elle est actuellement sur la liste d'attente.

(Rapport trimestriel sur les intervenants pivots auprès des patients autochtones – T2 de 2015-2016)

Le programme d'intervenants pivots auprès des patients autochtones en santé mentale des enfants et des jeunes du centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones De dwa da dehs nye>s et des Services de santé de Six Nations a été soutenu par le RLISS à la fin de 2014-2015 et il continue de fournir le dépistage et l'intervention précoces des troubles concomitants chez les jeunes. Entre avril et décembre 2015, ce programme a aidé à aiguiller 60 enfants et jeunes vers des services spécialisés en santé mentale et en lutte contre les dépendances comme la guérison traditionnelle, la psychiatrie et les programmes de groupe.

Guérison traditionnelle

En novembre 2015, le RLISS, en partenariat avec les Services de santé et les services sociaux de Six Nations, les ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Affaires autochtones, et des Services à l'enfance et à la jeunesse, a contribué à planifier et à soutenir l'événement *A Conference about Harmonizing Indigenous Wellness in Medicine and Health Practices* à Six Nations de la rivière Grand. Plus de 200 participants et 23 conférenciers de diverses régions de l'Ontario se sont rassemblés avec optimisme et confiance à l'idée que des partenariats communautaires améliorés pouvaient accroître l'accès aux meilleurs soins que les médecines traditionnelle et conventionnelle ont à offrir aux populations autochtones. Un rapport et des recommandations découlant de la conférence ont déterminé des possibilités de changement clés dans les domaines de la décolonisation, de la création de liens, des parcours en médecine et guérison traditionnelles, des compétences et de la sécurité culturelles, de la formation des praticiens en médecine autochtone et de la création de milieux sécuritaires. La liste complète des recommandations et une copie du rapport sont publiées sur le site Web du RLISS de HNHB.

Participation des francophones

La *Loi de 1986 sur les services en français* de l'Ontario reconnaît l'apport de la population francophone au patrimoine historique, culturel et linguistique de la province. Cette Loi garantit le droit des francophones de l'Ontario de communiquer avec le gouvernement et de recevoir des services en français. En vertu des exigences de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (LISSL)* de l'Ontario, le RLISS doit s'assurer que la population francophone ait un accès équitable à une gamme complète de services de santé en français. À cette fin, le RLISS finance, planifie et soutient les services de santé en français et fait participer la communauté francophone au processus. Les résidents et les intervenants francophones connaissent le mieux leurs communautés. L'objectif consiste à assurer de meilleurs résultats en ce qui concerne les services de santé en français, tout en reconnaissant et en respectant la diversité des communautés francophones.

Partenaires en santé

En 2011, les RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington, et l'entité de planification des services de santé en français (EPSSF) ont signé une entente de financement et de responsabilisation quinquennale. Avant le renouvellement de l'entente de responsabilisation, le ministère a entrepris une évaluation du RLISS et du modèle de l'EPSSF, dont l'objectif principal est de soutenir la planification des services de santé en français. Une nouvelle entente, se fondant sur le rapport d'évaluation du modèle, est en cours d'élaboration. En décembre 2015, le ministère a sélectionné à nouveau *l'entité de planification des services de santé en français dans les régions de Waterloo, Wellington, Hamilton, Niagara* afin qu'elle continue de travailler avec les RLISS. Pour 2016-2017, les RLISS et l'entité ont rédigé un plan d'action conjoint annuel qui établit les objectifs, les priorités et les actions que chaque RLISS et l'EPSSF entreprendront dans l'année de financement subséquente. Le plan d'activités annuel de chaque RLISS est harmonisé avec les priorités du ministère, ce qui contribue à éclairer les objectifs fixés dans le plan d'action conjoint annuel.

Mobilisation de la communauté francophone

Le RLISS a mobilisé l'EPSSF et la communauté francophone par l'entremise du Groupe de référence des citoyens (GRC) pendant l'élaboration du Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2016-2019. Les discussions ont notamment permis de cerner le besoin de promouvoir et de communiquer les services existants en français et la nécessité d'améliorer la manière dont les fournisseurs de services de santé (FSS) offrent proactivement des services en français aux clients et patients francophones.

Le RLISS a encore une fois mobilisé l'EPSSF et la communauté francophone en vue d'obtenir leur rétroaction sur le document *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*. L'EPSSF a mené des séances en français à Hamilton et à Niagara, afin que la voix de cette population soit prise en compte dans la conception du système de soins de santé renouvelé. Les commentaires reçus ont été intégrés dans le document du RLISS soumis au ministère et ils sont publiés sur le site Web du RLISS avec les autres commentaires reçus.

Le RLISS a participé activement à des réunions et à des séances d'information et de consultation communautaires afin de présenter les services disponibles en français. On a encouragé les FSS à parler de leurs services et à échanger avec la communauté francophone. En partenariat avec l'EPSSF et divers organismes communautaires, le RLISS a fait la promotion de l'offre active de services en français parmi les FSS et le personnel de première ligne bilingue.

Le RLISS a élaboré et distribué une trousse d'outils sur les services en français aux FSS qui ont été officiellement désignés comme offrant des services dans cette langue. Cette trousse d'outils contient des renseignements sur la communauté francophone, son état de santé, ses besoins et sur des façons de mettre en œuvre des services en français qui soutiennent les programmes favorisant la prestation de services en français.

Écouter, apprendre et mettre au point des services

Afin de répondre à un besoin exprimé par la communauté, le RLISS de HNHB continue de travailler avec le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour s'assurer que les services sont offerts en français, et pour diriger les clients francophones vers les FSS capables de communiquer dans leur langue.

Le RLISS et l'EPSSF élaborent un plan de mise en œuvre afin d'accroître l'accès de la communauté francophone de Hamilton à des lits de soins de longue durée (SLD).

Afin de continuer d'étudier des solutions pour améliorer l'accès aux services de santé, le RLISS a facilité la mise en œuvre de séances d'éducation sur le diabète par l'entremise du Réseau Télémédecine Ontario (RTO). En 2015, trois séances ont été tenues par le Centre de santé communautaire et 14 emplacements de santé de l'ensemble de la province ont été reliés.

Participation des médecins

La participation des médecins est un élément clé de la planification et de la mise en œuvre de stratégies dans l'ensemble du RLISS. Au cours des dernières années, le RLISS a mis sur pied divers réseaux de médecins actifs et de groupes provisoires formés notamment de spécialistes et de médecins de famille.

Le groupe des dirigeants médicaux, qui se rencontre depuis plus de sept ans, est composé de médecins-chefs ou de vice-présidents des services médicaux de chacun des hôpitaux du RLISS. Durant les réunions, les membres étudient les données sur les temps d'attente et l'accès aux soins, puis formulent des commentaires sur de nombreuses nouvelles initiatives déjà mises en œuvre à l'échelle du RLISS. En 2015-2016, ce groupe a commencé à travailler pour améliorer le rapatriement du programme des malades en phase critique et pour se préparer à des modifications législatives éventuelles relatives à l'aide médicale à mourir. Ce groupe offre aussi à tous les hôpitaux du RLISS, tant les petits hôpitaux que les grands hôpitaux universitaires, l'occasion de discuter des enjeux à l'échelle du RLISS, y compris la permanence des services de garde, et de collaborer en vue d'améliorer l'expérience des patients dans le RLISS.

Les membres du comité directeur de l'imagerie diagnostique (des radiologistes) et leurs collègues du domaine administratif travaillent collectivement pour améliorer les protocoles de normalisation dans l'ensemble du RLISS et pour élaborer un formulaire d'aiguillage commun pour la tomographie par ordinateur. Les temps d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie par ordinateur sont continuellement examinés et des stratégies sont mises en place pour faciliter l'accès approprié dans l'ensemble du RLISS de HNHB. Ce travail intègre les lignes directrices du programme canadien Choisir avec soin qui ont été transmises aux médecins de famille.

Le réseau de soins primaires du RLISS, composé de médecins de soins primaires et des responsables des médecins de famille des maillons santé, fournit régulièrement des commentaires sur les stratégies cliniques mises en œuvre dans l'ensemble du RLISS. De plus, il aide le personnel et les fournisseurs du RLISS à mieux comprendre comment le fait de répondre aux besoins des médecins de soins primaires et de famille les aidera à aider leurs patients. Au cours de la dernière année, les programmes d'éducation sur le diabète du RLISS ont élaboré un formulaire d'aiguillage commun pour tous les fournisseurs de soins primaires, et les patients peuvent maintenant se diriger eux-mêmes vers ces programmes. Ces changements ont été conçus en collaboration avec le réseau de soins primaires et ont été communiqués à tous les médecins du RLISS de HNHB.

Pendant les mois de janvier et février 2016, plus de 500 médecins de famille ont fourni des commentaires sur le document de discussion *Priorité aux patients* et les membres du réseau de soins primaires ont joué un rôle essentiel pour aider le RLISS à comprendre quelle était la meilleure façon de joindre ces médecins. Des commentaires ont aussi été recueillis auprès d'un éventail d'autres experts-conseils, de fournisseurs de soins paramédicaux ainsi que d'organismes communautaires et de patients.

Le Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS) a continué à fournir des commentaires et des idées au RLISS. Se concentrant sur l'optimisation des soins donnés par des équipes interprofessionnelles et des champs d'exercice au sein du RLISS, en 2015-2016, le CCPS a surtout travaillé dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances et a contribué au processus de planification des soins dans ce domaine en fournissant de précieux conseils et commentaires au RLISS. L'an dernier, ce comité a continué de formuler des conseils relativement au plan stratégique sur la santé mentale du RLISS.

Plan stratégique pour le système de santé (PSSS) du RLISS de HNHB – Améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur

En 2012, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) a entrepris un processus de planification stratégique afin de déterminer les principales orientations qui, mises en œuvre de façon conjointe, transformeront le système de soins de santé à l'échelle locale. Les orientations stratégiques, objectifs et livrables qui découlent du plan ont guidé les travaux du RLISS de HNHB au cours des trois dernières années.

Le PSSS a établi l'objectif global du RLISS de HNHB visant à améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur.

Les trois principales orientations stratégiques découlant de cet objectif sont les suivantes :

1. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de qualité dans l'ensemble du système.*
2. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en intégrant la prestation des services.*
3. *Améliorer considérablement l'expérience du patient en élargissant le rôle du RLISS afin qu'il devienne un commissaire à la santé*

Avant ses travaux de 2015-2016, le RLISS a entrepris de mettre à jour le Plan stratégique pour le système de santé (PSSS), confirmant à nouveau ses objectifs et ses orientations stratégiques. Le processus de mise à jour a également permis d'établir l'importance d'un secteur de soins primaires mobilisé et fort et d'un secteur des soins à domicile et en milieu communautaire solide, intégré au continuum de services et axé sur la satisfaction des besoins de la personne.

Par conséquent, le conseil d'administration du RLISS de HNHB a convenu que, pour 2015-2016, le RLISS continuerait de concentrer ses efforts sur l'amélioration considérable de l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. En plus de ces principales orientations, le RLISS de HNHB se concentrera sur les soins primaires, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé et le mieux-être de la population, les communautés mobilisées et la réflexion évolutive.

Intégration du système – Priorité aux patients

Publié en février 2015 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le document intitulé *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* représente la prochaine étape du plan de transformation du système de santé de l'Ontario. Il s'appuie sur une base solide établie par le premier Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé de 2012, et renforce l'engagement du gouvernement

envers la priorité aux patients en améliorant leur expérience en matière de soins de santé. En décembre 2015, le ministère a publié *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*, qui renforce l'attention portée à l'intégration de la prestation des services, y compris les soins primaires et les soins à domicile et en milieu communautaire. Cette optique façonnera l'orientation que prendra la planification du RLISS en 2016-2017 et au-delà.

Amélioration de la qualité à l'échelle du système

L'orientation stratégique visant à améliorer considérablement l'expérience du patient en enchâssant une culture de la qualité dans l'ensemble du système se poursuit à l'échelle de tout le RLISS de HNHB. Le RLISS, ses fournisseurs de services de santé et ses partenaires participent activement aux efforts d'amélioration de la qualité dans les services et les programmes individuels ainsi que dans tout le système de soins de santé. Une culture vouée à la recherche constante d'occasions d'améliorer l'expérience de soins, les résultats en matière de santé et le rendement du système a été favorisée au sein du RLISS de HNHB. Des exemples de ces initiatives sont fournis tout au long du présent rapport annuel.

En 2015-2016, le Conseil directeur de la qualité (CDQ), présidé par les chefs de la direction du RLISS de HNHB et du CASC, a assuré un leadership et formulé des conseils concernant les efforts en matière de qualité dans le RLISS. Issus de tous les secteurs du système de soins de santé, les membres formulent des commentaires et des idées afin d'aider à créer et à soutenir la culture de la qualité.

Obligations en matière de qualité

Pour une troisième année, tous les fournisseurs de services de santé (FSS) devaient élaborer et soumettre des plans sur la qualité au RLISS de HNHB décrivant leurs objectifs et leurs initiatives pour améliorer les résultats en matière de santé et l'expérience de soins pour les patients, les clients et les résidents. Les plans sur la qualité ont été examinés par le personnel du RLISS et des thèmes récurrents ont été relevés. Les examens ont révélé que 91 % des FSS avaient établi des plans sur la qualité clairs comprenant des initiatives et des mesures d'amélioration. Les thèmes qui sont ressortis des plans étaient similaires dans tous les secteurs, à quelques variantes près quant au type d'initiatives prises en compte. La majorité des plans des hôpitaux ont cerné des initiatives pour améliorer la satisfaction des patients, le contrôle des infections, le bilan comparatif des médicaments ainsi que l'accès aux services en diminuant les temps d'attente aux urgences et la durée des séjours en soins actifs. Les foyers de soins de longue durée ont soumis des plans qui comprenaient des enjeux tels que l'utilisation appropriée des médicaments, l'amélioration des communications avec les résidents et la réduction des chutes et des plaies de pression. De même, de nombreux plans sur la qualité préparés par le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire étaient axés sur l'expérience du client, l'accès aux services et les soins intégrés.

Les FSS ont également soumis une politique relative à la qualité approuvée par le conseil d'administration ainsi qu'une carte de pointage équilibrée d'indicateurs de rendement clés. La soumission et l'examen de ces documents a créé des occasions permettant au RLISS de fournir de la rétroaction et de participer à un important dialogue sur la qualité avec les organismes qu'il finance.

Cet examen des plans sur la qualité, des cartes de pointage et des politiques sera utilisé afin de faciliter le partage de l'information et de renforcer davantage les liens entre la planification des fournisseurs, la gestion du rendement et la mise en service par le RLISS.

Expérience du patient

La création d'une expérience de soins de santé positive pour les patients, les résidents et les clients est fondamentale pour le RLISS de HNHB et ses fournisseurs. Tous les aspects des soins et des services influent sur la perception de l'expérience de toutes ces personnes. Pour donner suite au cadre d'expérience des patients élaboré en 2014-2015, le RLISS de HNHB a inclus une obligation aux annexes de l'entente de responsabilisation en matière de services pour tous les FSS. L'obligation exige que les fournisseurs recueillent et déclarent les renseignements relatifs à certains aspects de l'expérience des patients, soit la satisfaction globale à l'égard des soins et des services reçus et de la participation aux décisions en matière de soins de santé. Cela donne lieu à une attention commune à l'égard de l'expérience des patients et à des données de référence dans l'ensemble du RLISS.

Gestion du rendement

La politique de responsabilisation en matière de rendement décrit les principes devant guider la gestion du rendement et établit une relation claire entre le RLISS et les FSS, le rôle de la gouvernance dans l'amélioration du rendement, en plus de déterminer les étapes visant à régler les problèmes de rendement.

La politique aide à répondre aux questions clés en matière d'efficacité, d'efficience et de qualité :

- Les fournisseurs de services de santé offrent-ils ce qu'ils sont censés offrir? (Efficacité)
- Les fournisseurs de services de santé fournissent-ils les services d'une façon aussi efficace que possible? (Efficience)
- Y a-t-il des choses que d'autres fournisseurs de services de santé peuvent mieux faire? (Qualité)

La gestion du rendement est essentielle pour s'assurer d'offrir les meilleurs services et programmes de soins de santé aux personnes qui en ont besoin. Reconnaissant l'importance de la surveillance des volumes de prestation de services, de l'efficacité et de la bonne gestion des ressources, le RLISS a poursuivi ses efforts visant à créer un solide système de gestion du rendement. Les efforts fournis par le personnel du RLISS et la direction des FSS tout au long de l'exercice 2015-2016 ont été essentiels à ces travaux afin d'assurer une qualité de données élevée et l'exactitude des rapports.

Une nouvelle Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) a été signée et est entrée en vigueur le 1er avril 2015. L'ERMR comprenait des indicateurs de rendement et des objectifs provinciaux nouveaux et révisés. Ces indicateurs constituent les paramètres de base pour la gestion du rendement dans le RLISS. Le RLISS poursuit ses travaux pour déterminer des mesures uniformes des résultats en matière de santé et des mesures normalisées clés pour divers programmes et centres fonctionnels qui respectent et appuient les orientations stratégiques locales.

Gestion des risques d'entreprise

Le RLISS a adopté une approche de gestion des risques d'entreprise pour cerner, mesurer, atténuer et communiquer ses principaux risques.

Voici les principales caractéristiques de l'ERMR :

- La surveillance du risque stratégique, opérationnel, financier et d'atteinte à la réputation tant des fournisseurs que du RLISS; il incombe au personnel de tous les niveaux de l'organisation de cerner les risques;

- Le personnel du RLISS consultera la direction du RLISS afin de déterminer si le risque sera élevé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD);
- Les risques seront transmis aux dirigeants sur une base régulière;
- Chaque risque sera mis à jour jusqu'à ce qu'il ait été atténué au moyen de plans de gestion du risque.

Le nombre de FSS dans la région du RLISS et leur complexité exigent une priorisation en fonction des risques déterminés. Le RLISS utilise une méthodologie permettant de classer trimestriellement les risques de l'organisme afin d'évaluer la conformité aux modalités des ententes de responsabilisation en matière de services, les indicateurs de rendement clés et les principaux indicateurs financiers.

Le RLISS soumet régulièrement des rapports sur les risques au Comité de la qualité et de la sécurité du conseil d'administration ainsi qu'au MSSLD. La surveillance du risque organisationnel est l'une des façons dont le RLISS s'assure d'optimiser les ressources financières, l'accès aux services et aux meilleurs soins pour les gens et les membres de leurs familles.

Intégration – Maillons santé, un nouveau modèle de prestation de soins intégrés

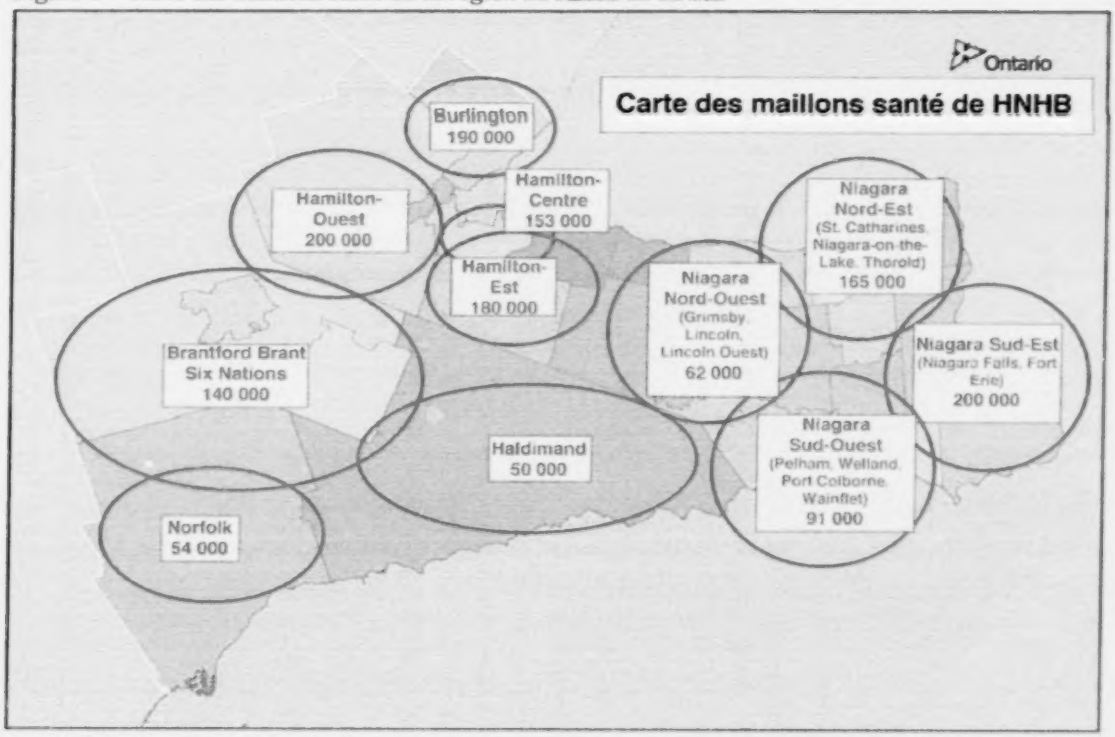
Dans le cadre de son PSSS, le RLISS de HNHB a établi trois orientations stratégiques clés appuyant son objectif stratégique d'améliorer considérablement l'expérience du patient en préconisant la qualité, l'intégration et la valeur. Améliorer l'expérience du patient en intégrant la prestation de services commence à l'échelle locale : l'intégration de la prestation de soins à un groupe d'individus, une personne à la fois. La prestation de services intégrés signifie que le système met l'accent sur les soins centrés sur le patient, notamment en appuyant le modèle de soins des maillons santé.

Le document *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* publié en février 2015 constitue la prochaine étape du plan visant à modifier et à améliorer le système de santé de l'Ontario. La priorité accordée aux patients jette les bases des maillons santé, un modèle de soins qui améliore les soins aux patients qui présentent des besoins importants, en mettant d'abord l'accent sur les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques.

Le modèle des maillons santé est axé sur des objectifs centrés sur le patient afin de répondre aux besoins des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques complexes et qui ont des besoins complexes, grâce à un plan de soins coordonnés concerté et à une plus grande participation des patients. Les maillons santé sont un catalyseur de changement transformationnel pour le système qui entraîne une amélioration de la qualité des soins et de l'expérience des patients. Il constitue une pierre angulaire du système de soins primaires qui met les patients en contact avec les soins communautaires et utilise les ressources de manière plus efficiente et efficace. L'initiative respecte les variantes et les besoins à l'échelle locale, mais se conforme aussi à une série de principes de base, dont les suivants :

- soins centrés sur le patient;
- participation des patients, de même que de leurs familles et de leurs soignants;
- participation importante des fournisseurs de santé;
- correspondance et intégration des points de transitions entre les soins;
- planification englobant tous les aspects des besoins et des objectifs du patient.

Figure 3 – Carte des maillons santé de la région du RLISS de HNHB



Travail de base

Dans la région du RLISS de HNHB, 11 maillons santé sont fonctionnels, tenant compte de la géographie et de la diversité de la population du RLISS.

Identifier le client du maillon santé

Le RLISS s'est associé à des experts locaux afin de déterminer qui sont les personnes qui bénéficieraient le plus d'un plan de soins coordonnés élaboré au moyen du modèle de soins des maillons santé. Selon les données de 2014-2015, plus de 15 000 personnes ont rempli les critères, soit cinq visites ou plus aux urgences au cours de la dernière année. De plus, les coordonnateurs des maillons santé ont créé des partenariats dans les services des urgences et d'autres services des hôpitaux afin de déterminer en temps réel quels patients bénéficieraient d'un plan de soins coordonnés.

Défis locaux, solutions locales

Une stratégie mise sur pied dans l'ensemble du RLISS continue de faire avancer la mise en œuvre des maillons santé, réunissant des comités locaux et des groupes de travail afin d'assurer une supervision et de fournir des directives et des recommandations, notamment :

- un comité directeur composé de directeurs principaux, dont l'objectif consiste à assurer l'harmonisation entre les orientations locales des maillons santé et les priorités des gouvernements provinciaux et du RLISS;
- un comité des activités composé de chefs de projet, dont l'objectif consiste à déterminer et à diffuser les pratiques exemplaires à tous les maillons santé;

- Des groupes de travail, dont l'objectif consiste à élaborer une approche à l'échelle du RLISS concernant :
    - les rapports sur les indicateurs normalisés;
    - la coordination des soins;
    - un plan pour une solution de technologie de l'information de façon à partager le plan de soins avec le patient et les autres personnes faisant partie de son cercle de soins.

Principales initiatives

Coordination des soins

Le RLISS continue de travailler avec les principaux fournisseurs, partenaires et intervenants des maillons santé de manière à faire avancer les travaux du modèle de soins coordonnés des maillons santé. Ce modèle partagé réunit les fournisseurs de soins de santé d'une communauté afin de coordonner plus efficacement et plus rapidement les soins pour les patients ayant les plus grands besoins en matière de soins de santé. En 2015-2016, les fournisseurs de soins de santé ont réalisé plus de 600 plans de soins coordonnés pour des patients atteints de maladies chroniques complexes. Ces plans de soins adoptent des pratiques exemplaires liées à la planification des soins centrés sur la personne.

Soins paramédicaux communautaires

Le RLISS a continué de faciliter l'établissement de partenariats entre les maillons santé et les équipes locales chargées des services médicaux d'urgence, en vue d'élargir le rôle du personnel paramédical et de mieux combler les besoins complexes des patients. Selon de nouveaux modèles mis en œuvre au sein des maillons santé, le personnel paramédical rend visite aux patients dans leur communauté ou à domicile pour les aider à mieux prendre en charge leurs maladies chroniques. Cette approche de soins aux patients a pour objectif de réduire les visites à l'hôpital ainsi que de garantir l'utilisation appropriée des ressources communautaires et de soins primaires.

Intégration des programmes cliniques

La planification continue des services cliniques concorde directement avec le Plan stratégique pour le système de santé du RLISS de HNHB, qui vise à établir un système de soins de santé intégrés à l'échelle locale offrant aux gens des soins coordonnés de grande qualité, rentables et produisant de meilleurs résultats pour la population.

Le RLISS suit un processus uniforme pour l'élaboration de programmes cliniques intégrés à l'échelle de sa région. Ce processus a remporté beaucoup de succès et permis d'obtenir des résultats mesurables mis en évidence par le plan de services cliniques de cancérologie intégrés, le plan de services cliniques vasculaires intégrés et le plan de services cliniques thoraciques. Le comité directeur de l'orthopédie, le comité directeur de la vision et le comité directeur d'imagerie diagnostique mènent des travaux pour améliorer l'intégration à ces domaines d'intérêt cliniques, ce qui entraîne une amélioration de l'expérience des patients.

La réussite est attribuable à un processus défini avec des attentes claires, à une participation et une direction solides de la part des médecins, ainsi qu'à un leadership administratif et organisationnel solide. Les cliniciens évaluent chaque patient et déterminent le degré d'urgence du traitement, qui va du plus urgent (priorité 1 ou P1) au moins urgent ou non urgent (priorité 4 ou P4).

La clé de l'intégration des programmes cliniques dans l'ensemble du RLISS est « un même programme dans plusieurs établissements ». Tous les résidents du RLISS devraient avoir accès à un programme coordonné avec la même approche à l'égard de la prestation des soins et les mêmes normes de qualité, peu importe où ils vivent ou cherchent à obtenir des soins au sein du RLISS. Cela exige une normalisation accrue et une réduction de la variation clinique entre les fournisseurs. Pour ce faire, on utilise des définitions communes et des processus d'acheminement des patients, des modèles de soins et des processus d'amélioration de la qualité communs fondés sur des pratiques exemplaires, ainsi que des objectifs, des résultats, des livrables et des paramètres communs.

Orthopédie

Le comité directeur de l'orthopédie du RLISS continue de diriger des travaux pour maintenir les améliorations apportées à la qualité jusqu'ici et définir les livrables pour l'avenir. Le comité directeur procède à un examen de l'utilisation des ressources pour les arthroplasties de la hanche et du genou afin de s'assurer que les affectations pour les arthroplasties de la hanche et du genou sont utilisées efficacement dans tout le RLISS et d'examiner les besoins futurs de la population vieillissante.

Le RLISS a également mis en œuvre des partenariats de collaboration avec les hôpitaux afin d'améliorer les temps d'attente et de promouvoir la normalisation dans l'ensemble du RLISS pour les patients devant subir une arthroplastie totale. L'accent a été mis sur la gestion des listes d'attente, l'exactitude des rapports de données et la réorientation des personnes vers le premier chirurgien disponible par l'intermédiaire du programme régional d'évaluation des articulations. Des partenariats ont été établis entre les établissements du RLISS de HNHB pour assurer un accès aux soins en temps opportun après qu'un patient a subi une fracture de la hanche et pour les patients qui se présentent à un hôpital du RLISS et qui n'ont pas de chirurgien orthopédiste.

Des réunions mensuelles entre le RLISS de HNHB et les directeurs orthopédiques/chirurgicaux ont mené à l'élaboration d'une démarche unifiée dans l'ensemble du RLISS concernant le partage des pratiques exemplaires et des réussites pour faire en sorte :

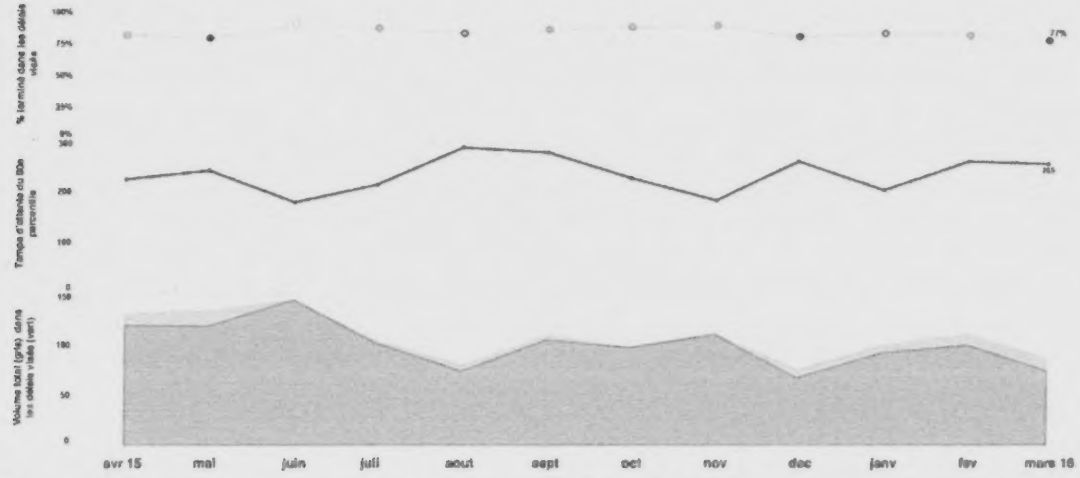
- d'accroître la précision des données sur les temps d'attente et de mieux comprendre la variation ainsi que les occasions d'amélioration à l'échelle du RLISS;
- que l'accent soit d'abord mis sur la prise de rendez-vous pour les personnes ayant la plus haute priorité, puis pour les personnes qui attendent depuis le plus longtemps;
- que les temps d'attente pour les chirurgiens soient partagés avec tous les établissements dans l'ensemble du RLISS de HNHB afin de sensibiliser davantage le personnel aux chirurgiens qui offrent l'accès à la chirurgie dans les meilleurs délais, de manière à faire en sorte que les temps d'attente soient connus et qu'on réoriente les personnes vers des chirurgiens dont les listes d'attentes sont plus courtes, s'il cela est indiqué. Le système de santé de Niagara a amélioré sa transparence envers le public et les médecins traitants relativement aux temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou propres à chaque chirurgien par l'intermédiaire de son site Web. Cette initiative peut faciliter l'aiguillage d'un patient vers le premier chirurgien disponible, améliorant ainsi l'accès aux soins.
- Le nombre total de chirurgiens participant au programme régional d'évaluation des articulations a augmenté cette année.

- Des partenariats pour les fractures de la hanche ont été établis entre de petits et de grands hôpitaux afin d'améliorer la gestion des cas urgents de fractures de la hanche pour les patients, incluant des ensembles d'ordonnances normalisées pour appuyer les soins aux patients.
- La compréhension du tableau de bord des chirurgiens par les médecins a été facilitée afin d'améliorer les pratiques et la compréhension des temps d'attente pour la première période d'attente (aiguillage du patient pour une consultation auprès d'un spécialiste) et la deuxième période d'attente (de la décision de traiter par la chirurgie jusqu'à ce que l'intervention ait été effectuée).

Les travaux se sont poursuivis avec les hôpitaux afin d'atteindre et de dépasser les objectifs concernant les temps d'attente pour l'accès des patients à l'arthroplastie de la hanche et du genou. On a continué de mettre l'accent sur la recherche de possibilités de réduire l'écart entre les temps d'attente parmi les chirurgiens et les établissements en redirigeant les patients, lorsque cela était approprié, vers un chirurgien dont les temps d'attente sont plus courts pour la chirurgie.

Par exemple, en 2005, après avoir décidé avec leur spécialiste de procéder à une arthroplastie de la hanche, neuf personnes sur dix dans le RLISS de HNHB ont attendu jusqu'à 416 jours, ou plus de 13 mois. Les plus récents résultats pour l'exercice 2015-2016 mettent en lumière l'amélioration substantielle de l'accès à long terme à ces chirurgies. Les temps d'attente ont diminué de 156 jours (ou cinq mois) comparativement au niveau de référence de 2005 (une réduction des jours d'attente de 37,5 %). Cela signifie que 81 % des arthroplasties de la hanche chez les adultes de priorité 4 ont été effectuées dans le délai ciblé de 182 jours pour l'exercice 2015-2016.

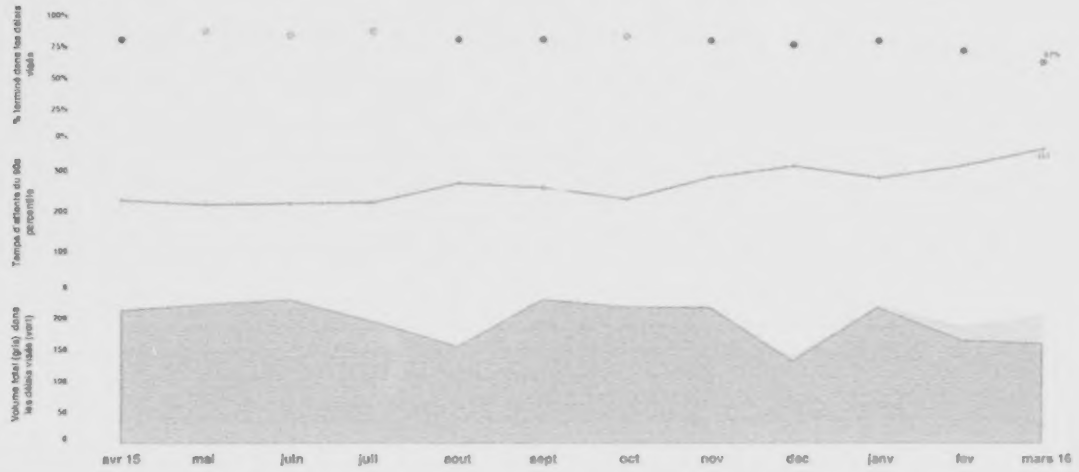
Figure 4 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Arthroplastie totale de la hanche (exercice 2015-2016)



(Source : iPort Access, SITA) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par mois (pourcentage de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en BLANC s'il est supérieur ou égal à l'objectif du RLISS de HNHB et en NOIR s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

En 2005, neuf personnes sur dix ayant subi une arthroplastie du genou dans le RLISS ont attendu jusqu'à 450 jours, ou 14 mois, après avoir décidé avec leur spécialiste de subir la chirurgie. Les plus récents résultats mettent en lumière l'amélioration substantielle de l'accès à long terme à ces chirurgies. Les temps d'attente ont diminué de 138 jours (ou quatre mois et demi) comparativement au niveau de référence de 2005 (une réduction des jours d'attente de 31 %). Cela signifie que 71 % des arthroplasties du genou de priorité 4 chez l'adulte ont été réalisées dans le délai de 182 jours au cours de l'exercice 2014-2015.

Figure 5 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Arthroplastie du genou (exercice 2015-2016)

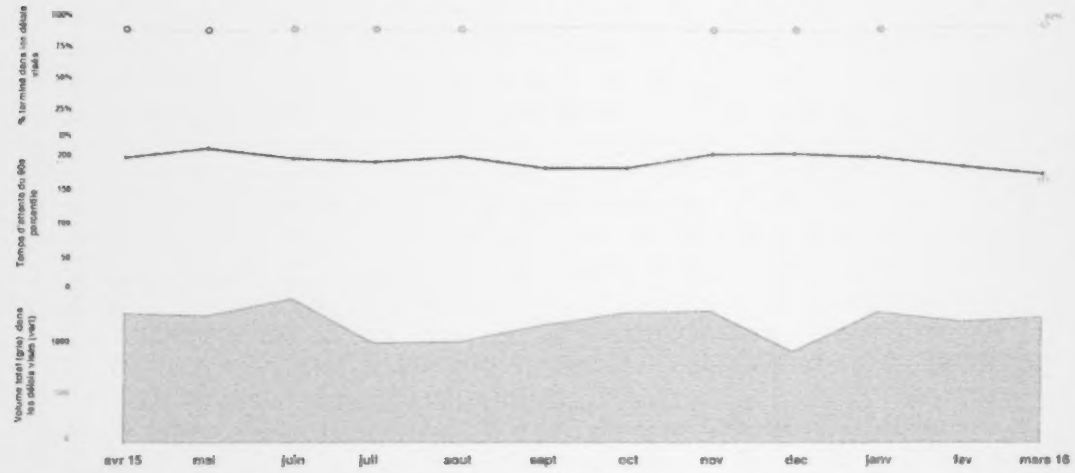


Source : iPort Access, SITA) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par mois (pourcentage de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en BLANC s'il est supérieur ou égal à l'objectif du RLISS de HNHB et en NOIR s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Ophtalmologie

Les chirurgiens de la cataracte évaluent chaque patient et déterminent le degré d'urgence du traitement, qui va du plus urgent (priorité 1) au moins urgent (priorité 4). En 2015-2016, 16 671 chirurgies de la cataracte (niveaux de priorité 2 à 4) ont été effectuées dans le RLISS de HNBH, contribuant ainsi à améliorer la vision et la qualité de vie des gens. Le RLISS a atteint l'objectif provincial concernant les cas P4 en effectuant 90 % de ces chirurgies dans le délai ciblé de 182 jours pour 4 mois sur 12 cette année, un résultat supérieur à tout résultat atteint depuis 2012-2013.

Figure 6 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Cataracte (exercice 2015-2016)



(Source : iPort Access, SITA) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par mois (pourcentage de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en BLANC s'il est supérieur ou égal à l'objectif du RLISS de HNHB, en GRIS si l'écart est d'au plus 10 % par rapport à l'objectif et en NOIR s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

En 2015-2016, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a été le principal organisme à fournir les services d'un médecin spécialiste en ophtalmologie et un leadership administratif par l'intermédiaire du comité directeur de l'ophtalmologie du RLISS. Les activités sur lesquelles le comité se concentre et auxquelles il se consacre visent à créer une incidence positive sur l'expérience des patients; il a affiché des réussites dans les domaines suivants :

- Priorisation des personnes ayant attendu le plus longtemps avant de subir une chirurgie de la cataracte.
- Réduction de la variation de l'accès en temps opportun à une chirurgie de la cataracte comme priorité dans tous les hôpitaux.
- Réorientation des patients vers des chirurgiens offrant un accès plus rapide aux soins pour les patients acceptant de faire transférer leur dossier.
- Accès continu aux listes d'attente des dossiers de chirurgies de la cataracte ouverts afin de faciliter l'aiguillage par les médecins des patients vers des chirurgiens offrant un accès aux soins dans les meilleurs délais. De l'information améliorée est disponible au public et aux médecins par l'intermédiaire des sites Web des hôpitaux et du RLISS ainsi que par une communication directe et transparente avec les optométristes traitants.
- Meilleure compréhension des temps d'attente pour les patients grâce à l'analyse de la première période d'attente (de l'aiguillage du patient à la consultation) et de la deuxième période d'attente (de la décision de traiter par la chirurgie jusqu'à ce que l'intervention ait été effectuée) obtenue en utilisant les indicateurs du groupe de travail pour une stratégie des services d'ophtalmologie, maintenant disponibles au niveau provincial.
- Normalisation des codes de priorisation des patients pour la chirurgie de la cataracte, en fonction de l'urgence.

- Meilleure compréhension des données sur les hôpitaux et les médecins obtenue grâce à la participation des chirurgiens et des responsables administratifs – incluant un examen des besoins de la population à l'échelle des zones dans l'ensemble du RLISS.
- Le programme de téléophtalmologie s'est poursuivi avec le dépistage de 242 patients additionnels atteints de diabète qui n'étaient pas soumis à des tests annuels de dépistage rétinien auparavant.
- Surveillance du rendement du programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux.
- Un formulaire d'aiguillage commun pour la chirurgie de la cataracte a été élaboré et mis à l'essai pour qu'il soit adopté dans la communauté.
- De l'information relative aux stratégies d'abandon du tabagisme avec le programme « Votre apport est important » a été communiquée aux ophtalmologistes afin d'améliorer la possibilité de réduire les répercussions du tabagisme sur la santé oculaire pour les résidents du RLISS de HNHB.

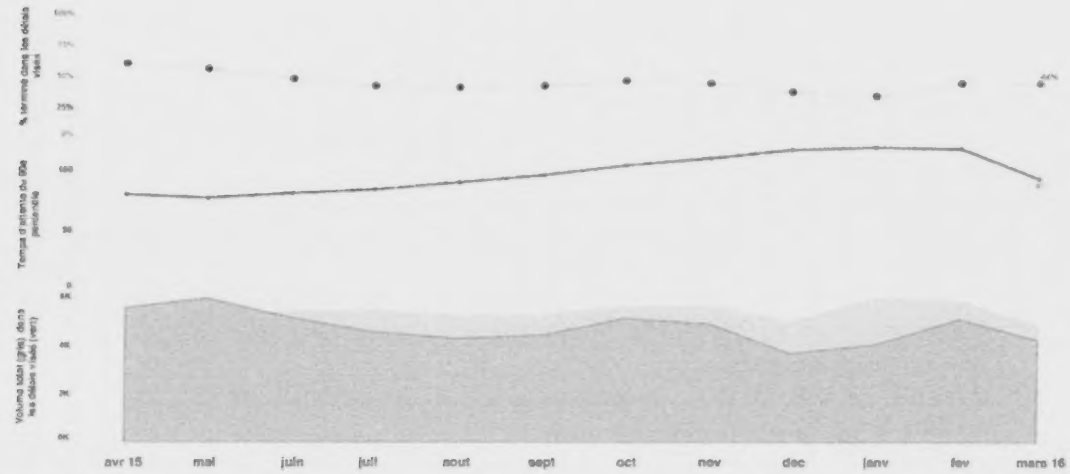
Dans le cadre de réunions mensuelles, les membres de la direction clinique et administrative du comité directeur de l'ophtalmologie du RLISS continuent de partager des pratiques exemplaires, de planifier l'information pour les fournisseurs qui aiguillent des patients et d'assurer l'intendance appropriée des ressources de façon à répondre aux besoins des patients dans les meilleurs délais possible en tenant compte des ressources existantes.

Imagerie diagnostique

En 2015-2016, 64 072 examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de priorité 4 et 36 965 tomodensitogrammes de priorité 4 ont été effectués dans le RLISS. Ces chiffres importants font état d'une demande croissance pour ces tests diagnostiques. Cette demande s'est traduite par des défis constants pour faire en sorte que les patients passent les tests dans les meilleurs délais.

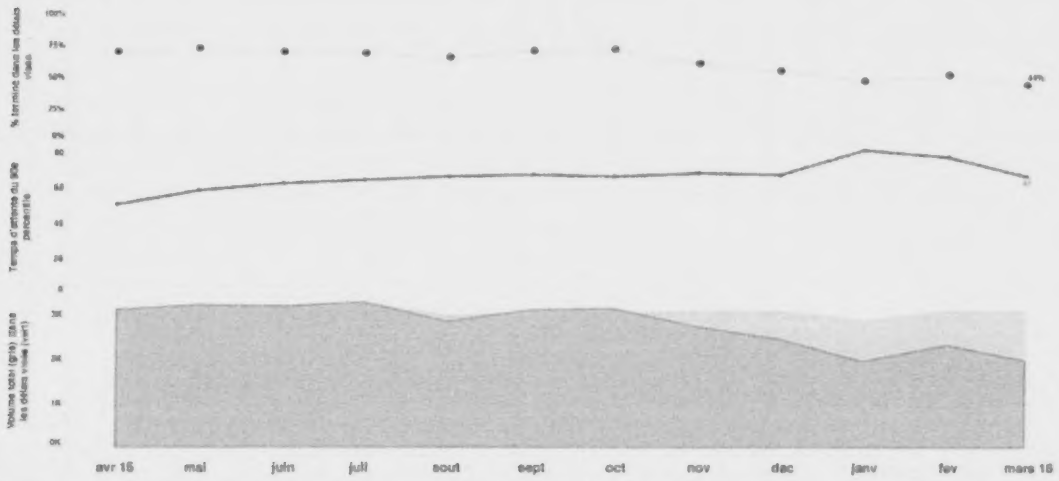
Au quatrième trimestre de l'exercice 2015-2016, 45 % des examens d'IRM combinés (P2 à P4) et 61 % des tomodensitogrammes combinés ont été effectués dans les délais ciblés pour le temps d'attente clinique. Malgré des difficultés à atteindre l'objectif provincial de 90 %, le rendement en matière d'IRM était nettement supérieur au rendement provincial (4 %). Cet élément demeurera une priorité pour le personnel du RLISS et les fournisseurs de services de santé. Le rendement relatif aux tomodensitogrammes était inférieur à l'objectif provincial fixé à 90 % et au rendement provincial (14 %). Comme les patients de priorité 2 et 3 sont ceux qui présentent des cas plus urgents sur le plan médical, beaucoup d'attention a été accordée cette année à la restructuration des ressources disponibles pour satisfaire les besoins de ces patients en imagerie diagnostique.

Figure 7 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : examens d'IRM (exercice 2015-2016)



Source : iPort Access, SITA) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par mois (pourcentage de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en BLANC s'il est supérieur ou égal à l'objectif du RLISS de HNHB et en NOIR s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Figure 8 – Surveillance mensuelle des cas de priorité 4 par le RLISS de HNHB : Tomodensitogrammes (exercice 2015-2016)



Source : iPort Access, SITA) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par mois (pourcentage de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en BLANC s'il est supérieur ou égal à l'objectif du RLISS de HNHB et en NOIR s'il est inférieur. Les temps d'attente ne sont pas indiqués lorsqu'il y a moins de six cas en un mois.

Le Comité directeur d'imagerie diagnostique pour l'ensemble du RLISS, composé de médecins et de responsables administratifs provenant de tous les hôpitaux qui offrent actuellement les IRM et les

tomodensitogrammes, a poursuivi l'établissement de partenariats collaboratifs et la mise en commun de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes au sein des hôpitaux et entre ceux-ci.
Ce comité a travaillé en vue d'avoir des effets positifs sur l'expérience des patients de la manière suivante :

- La priorité accordée aux personnes qui attendent depuis le plus longtemps et qui ont les besoins de dépistage les plus urgents sur le plan médical pour qu'ils soient examinés en premier, afin de réduire les variations en matière d'accès rapide aux IRM et aux tomodensitogrammes dans le RLISS.
- La réorientation des patients vers des centres réalisant les tomodensitogrammes et dont l'accès aux soins est plus rapide a été possible pour les patients qui acceptent de faire transférer leur dossier dans deux établissements collaborateurs.
- L'accès transparent des médecins aux listes d'attente des IRM et des tomodensitogrammes pour l'ensemble des établissements du RLISS de HNHB a été facilité par la communication avec les médecins de soins primaires.
- L'élaboration d'un formulaire d'aiguillage commun dans l'ensemble du RLISS pour les tomodensitogrammes et les IRM a été amorcée.
- L'Hôpital Joseph Brant Memorial a récemment mis en œuvre un programme de consultation téléphonique auprès d'un expert-conseil en radiologie afin de mettre l'efficacité à l'épreuve pour assurer l'ordonnancement approprié des médecins exerçant en milieux communautaire et hospitalier.
- De l'information a été fournie à tous les chefs de l'imagerie diagnostique et aux responsables administratifs concernant les besoins précis de la population franco-ontarienne en matière de santé.
- L'analyse des données sur les hôpitaux et le RLISS se poursuit et a été réalisée dans l'ensemble du RLISS de HNHB grâce à la participation de radiologistes et de responsables administratifs des établissements offrant des IRM et des tomodensitogrammes.
- La participation continue à la campagne Choisir avec soin pour discuter de l'utilisation appropriée des IRM et des tomodensitogrammes, afin de créer une culture de responsabilité pour la demande de tests par les fournisseurs qui aiguillent des patients.
- L'utilisation du tableau de bord pour améliorer le processus des IRM afin de cerner les difficultés et les réussites des établissements se poursuit avec des examens effectués tant par les chefs de la radiologie que par les responsables administratifs.
- L'établissement de délais de référence pour les IRM courants et la normalisation de protocoles rapides dans les établissements ont été effectués dans la mesure possible. La mise en œuvre devra être poursuivie en 2016-2017.
- La collaboration continue avec le groupe de travail sur les IRM utilisées en pédiatrie dans l'ensemble du RLISS pour aborder les problèmes propres aux patients pédiatriques a donné lieu à une reconnaissance, de la part du ministère, des ressources requises (au sein des ressources existantes) afin d'appuyer les IRM pour les enfants qui doivent subir une anesthésie générale avant de passer un examen d'IRM.

Le partage et l'harmonisation de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes se poursuivra dans le cadre des réunions bimensuelles du comité de direction de l'imagerie diagnostique, du groupe des directeurs de l'imagerie diagnostique et des groupes des responsables médicaux de l'imagerie diagnostique à l'échelle du RLISS.

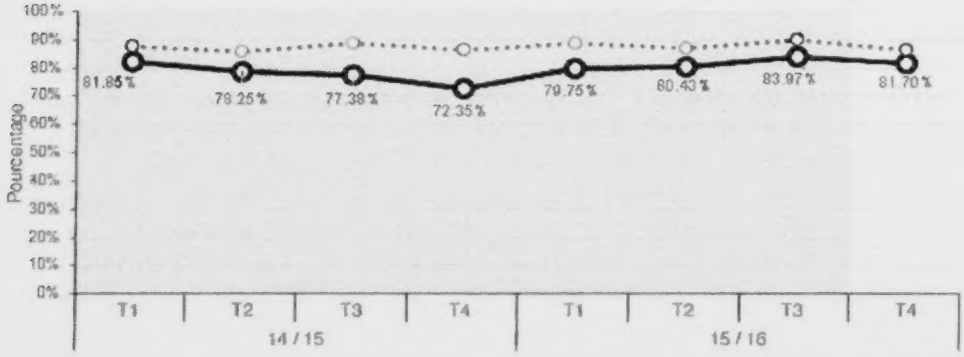
Chirurgie oncologique

Le RLISS continue de travailler en étroite collaboration avec le programme régional de cancérologie de HNHB et a constaté une amélioration globale des temps d'attente dans l'ensemble du RLISS. Récemment, Action Cancer Ontario (ACO) a affecté un gynéco-oncologue additionnel et le processus de recrutement pour ce poste est amorcé. Le RLISS continue d'avoir de la difficulté à respecter les temps d'attente pour les chirurgies du cancer de la prostate, en raison des patients qui choisissent d'attendre de subir une chirurgie robotique, qui constitue une intervention moins invasive. Le RLISS et ses hôpitaux continuent de collaborer avec le centre régional de cancérologie de Hamilton afin d'examiner des moyens novateurs de réaliser des efficiences pour améliorer l'expérience des patients et mettre en œuvre les pratiques exemplaires dans l'ensemble du RLISS.

Figure 9 – Surveillance trimestrielle par le RLISS de HNHB : Interventions oncologiques (exercices 2014-2015 et 2015-2016)

Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi le chirurgie du cancer dans les délais de la cible d'accès

Sommaire (T4 15 / 16)	RLISS performance				Performance provinciale (combinée)
	Priorité 2 : 14 jours	Priorité 3 : 28 jours	Priorité 4 : 84 jours	Combinée	
	77.78%	78.44%	88.30%	81.70%	86.56%



*(Source : iPort Access, SITA.) Remarques : Le rendement relatif au temps d'attente par trimestre (% de l'objectif provincial concernant l'accès) est indiqué en **noir** pour le rendement du RLISS de HNHB et en **pointillés** pour le rendement provincial.*

Services de laboratoire

Le réseau et le conseil de la médecine de laboratoire de la région du RLISS de HNHB ont été cliniquement intégrés à Co-Labs cette année – un système régional de services de laboratoire qui offre une qualité et des soins constants et normalisés dans tous les laboratoires des hôpitaux au profit des patients que nous servons.

Ensemble, les directeurs médicaux des laboratoires de Co-Labs ont rédigé des recommandations relatives à l'utilisation des tests de laboratoire pour faire en sorte que les patients reçoivent les soins les plus appropriés :

- Les résultats d'examen et les rapports sur la valeur critique normalisés ont été maintenus dans l'ensemble du RLISS, assurant ainsi l'uniformité des soins aux patients.

- Les initiatives d'amélioration de la qualité visant à réduire les délais d'exécution des examens des patients se sont poursuivies, et des examens trimestriels sont utilisés pour déceler les problèmes potentiels liés à la qualité pour les soins centrés sur le patient.
- La planification de la médecine transfusionnelle a été mise en œuvre.
- L'automatisation du laboratoire continue d'accroître l'efficacité du déroulement des activités et de réduire les délais d'exécution des examens, ce qui accélère l'accès aux soins les plus appropriés pour les patients.
- La planification stratégique a été amorcée pour les services de médecine de laboratoire.
- Les recommandations de la campagne Choisir avec soin continuent d'être mises en œuvre dans l'ensemble des établissements, ce qui réduit le nombre de tests inutiles de même que les risques pour les patients.

Commissaires du système de santé

Une priorité stratégique clé pour le RLISS consiste à s'assurer que les services sont accessibles et centrés sur le patient, en plus d'offrir une meilleure optimisation des ressources financières. Le RLISS maintient 187 ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) avec des FSS et surveille le rendement financier et opérationnel. Il est également chargé de travailler avec les fournisseurs individuels à des priorités systémiques clés, notamment la santé mentale et la lutte contre les dépendances, les listes d'attente des services des urgences (SU), les autres niveaux de soins (ANS) et le soutien à domicile et en milieu communautaire.

Pour encourager une plus grande attention à l'égard de la valeur, le RLISS a adopté des pratiques exemplaires en matière de commissionnement (une pratique exemplaire en gestion des soins de santé reconnue à l'échelle internationale). Le commissionnement est un processus complexe dont les responsabilités vont de l'évaluation des besoins de la population à la priorisation des résultats pour la santé en passant par la prestation de produits et de services ainsi que le financement de services regroupés. En qualité de commissaires du système de santé, le personnel et le conseil du RLISS ont continué à prendre des décisions concernant le système de santé fondées sur des preuves et le rendement.

Figure 10 – Modèle de commissionnement du RLISS de HNHB :

La participation des fournisseurs constitue un élément stratégique clé de l'élargissement de la fonction de commissionnement du RLISS. Ce dernier a élaboré et mis en œuvre un plan de participation qui concorde avec les échéanciers de négociation des ententes de responsabilisation en matière de services, afin de s'assurer que les questions de rendement importantes sont traitées lorsque vient le moment de négocier les ententes.

Réussites en matière de commissionnement

Conformément aux directives du ministère sur la coordination des soins à domicile et en milieu communautaire, en décembre 2014/janvier 2015, le RLISS a amorcé le processus de transition des clients du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ayant des besoins en matière de soins/de soutien personnel à domicile allant de faibles à modérés vers les organismes de services communautaires de soutien (SCS) pour la prestation des mêmes services. Afin de maintenir les niveaux de service actuels, il était important que les services fournis par les organismes de SCS soient au même taux horaire que ceux du CASC. Les organismes de SCS ayant des programmes de logement avec services de soutien et d'aide à la vie autonome financés par le RLISS dont les services ont été retenus pour fournir des services de soutien personnel ont été invités à faire partie de cette nouvelle stratégie. Sept des treize fournisseurs de services se sont montrés intéressés à fournir des services de soutien personnel au taux financé par le RLISS. Chacun de ces fournisseurs possédait de l'expérience dans la prestation d'activités de sensibilisation/services de soutien personnel à domicile ainsi que la capacité requise en matière de suivi des données et de ressources humaines. Les fournisseurs intéressés se sont réunis pour déterminer quels secteurs de la région géographique du RLISS ils étaient en mesure de desservir. Le CASC a fourni une liste de clients qui seraient transférés et les fournisseurs ont reçu leurs horaires et leurs clients en fonction de la localisation des clients et de la région géographique desservie par le fournisseur. Depuis le début du transfert des clients, d'autres clients ont été ajoutés au service avec les organismes de SCS à partir de la liste d'attente du CASC. De plus, un groupe de clients additionnel a été transféré des services du CASC vers les SCS en 2015-2016.

Occasions futures

Un certain nombre d'occasions de commissionnement ont été mises en lumière en collaboration avec les FSS au cours de la dernière année, notamment :

- Mise à profit des possibilités de financement afin d'améliorer davantage le système de soins de santé du RLISS en fonction de besoins de la population et des résultats prioritaires en matière de santé.
- Répandre et faire évoluer l'utilisation de cadres de travail et d'outils visant à contribuer à la planification, à l'affectation, à la surveillance et aux interventions.
- Maximiser la Réforme du financement du système de santé (RFSS) au profit des résidents du RLISS de HNHB; utiliser pleinement le volume des actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) et le financement accordé aux FSS.
- Continuer à soutenir Mohawk Shared Services afin d'intégrer les services de soutien administratif dans les hôpitaux et élaborer un plan pour réduire les chevauchements de services de soutien administratif dans la communauté.

Avancement des priorités du système de santé

Santé mentale et lutte contre les dépendances

Le RLISS de HNHB s'engage à soutenir la mise au point d'un système de services de santé mentale et de la lutte contre les dépendances qui soit intégré, coordonné et centré sur les personnes. Actuellement, les services sont fragmentés, répartis entre plusieurs ministères provinciaux et offerts dans divers milieux de soins. Au cours de l'exercice 2015-2016, le RLISS de HNHB a travaillé à résoudre ces questions afin que les personnes reçoivent les meilleurs soins possible.

- Au cours de leur existence, de 10 à 20 % des résidents du RLISS présenteront un trouble lié à la toxicomanie.
- 70 % des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ont reçu un diagnostic de ces problèmes avant l'âge de 18 ans.
- 98 000 enfants et adolescents n'obtiennent pas le traitement dont ils ont besoin en matière de santé

Concordance stratégique avec les priorités provinciales

La santé mentale et la lutte contre les dépendances ont été déterminées comme une priorité à la fois par la province et le RLISS. Les investissements réalisés et les succès obtenus au cours de la dernière année concordent avec les piliers stratégiques de la phase suivante de la Stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances, intitulée *Esprit ouvert, esprit sain : Transformer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario* :

- Promouvoir la résilience et le bien-être chez les Ontariens.
- S'assurer du dépistage et de l'intervention précoces.
- Étendre le soutien au logement et à l'emploi, ainsi que prévenir l'enfoncement dans l'engrenage du système de justice et les transitions qui l'accompagnent.
- Fournir les bons soins, au bon moment et au bon endroit.
- Fonds établis en fonction de la qualité et des besoins.

Renforcer les capacités à soutenir les personnes présentant des problèmes de santé mentale et de dépendance au moyen de la collaboration et de l'intégration régionales

Un groupe consultatif régional sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances à l'échelle du RLISS, dirigé par le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, a été créé en 2013 pour mettre en œuvre la prestation de services intégrés. En 2015-2016, le groupe consultatif a fourni un leadership lors de la refonte du système du RLISS et a continué à soutenir les progrès réalisés dans ses domaines prioritaires :

- Collaboration médicale accrue entre les secteurs de la psychiatrie et des soins primaires.
- Meilleur rendement du système grâce aux cartes de pointage à l'échelle du RLISS pour les hôpitaux et le milieu communautaire.
- Populations prioritaires ciblées, y compris en intervention précoce et troubles concomitants.
- Meilleures intégration et collaboration dans les maillons santé et autres projets particuliers de validation.
- Amélioration des services pour les enfants et les adolescents grâce à la collaboration intersectorielle avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ).

Accès amélioré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

En 2015-2016, un nouveau financement de 4,8 millions de dollars a été accordé aux programmes et aux initiatives qui soutiennent la phase 2 de la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le financement a ciblé les initiatives intégrées y compris la promotion de la santé et la prévention; l'intervention précoce et l'autogestion; la planification du traitement; la gestion des risques et de crises et le soutien; et les soins spécialisés.

Ce nouveau financement est venu appuyer les patients, les familles et les clients de diverses façons :

- élargissement de la formation fondée sur les données probantes à l'intention des familles, des personnes soignantes et d'autres non-professionnels de la santé partout dans le RLISS, en particulier : premiers soins en santé mentale, SafeTALK, formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide [ASIST] et Parlons de la maladie mentale;
- augmentation et élargissement des services d'intervention précoce pour les jeunes de 17 à 24 ans, y compris des programmes dans les cas de psychose et la mise en œuvre d'une équipe mobile d'intervention à l'échelle du RLISS;
- intégration et réduction des variations entre les équipes mobiles d'intervention rapide en cas de crise et la formation en techniques d'intervention en cas de crise auprès des policiers, et ce, dans tout le RLISS;
- mise sur pied d'un projet de renforcement de la capacité liée aux troubles concomitants à l'échelle du RLISS;
- amélioration des programmes de formation existants qui ont du succès pour les traitements et interventions spécialisés et sont destinés aux professionnels de la santé, y compris le maintien des résultats atteints et l'élargissement de la mise en œuvre dans le RLISS de HNHB et au sein de trois secteurs :
    - Formation et supervision portant sur la thérapie comportementale dialectique (TCD), formation et supervision portant sur l'approche *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS);
    - Élargissement des services offerts par l'équipe communautaire de traitement intensif (ECTI) dans la région de Niagara en mettant en place une deuxième équipe ECTI.

Une personne sur cinq qui vit dans la région du RLISS de HNHB, soit 280 000 résidents, sera touchée par la maladie mentale à un moment ou un autre de son existence *(source : Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002)*. Environ 42 000 personnes, soit 3 % de la population du RLISS, ont une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours d'une année donnée *(source : « Prevalence of Co-occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population », Revue canadienne de psychiatrie, décembre 2008)*. De 30 à 54 % des Ontariens recevant un diagnostic de maladie mentale recevront aussi le diagnostic d'une autre maladie mentale ou d'une dépendance *(source : Franchir les étapes : plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1999)*. Les investissements réalisés au cours de l'année dernière visaient à changer la vie de ces personnes et de leurs familles.

Mères, enfants et adolescents

Grâce à la collaboration au sein de forums provinciaux, et avec les fournisseurs locaux de soins à la mère et au nouveau-né, le RLISS de HNHB travaille afin de fournir des soins cohérents, normalisés, équitables et fondés sur les données probantes dans l'ensemble du RLISS. Le RLISS a continué de soutenir le travail

du Provincial Council for Maternal and Child Health de l'Ontario (PCMCH), qui a dirigé un certain nombre d'initiatives s'attaquant à des enjeux importants touchant la prestation de soins aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux jeunes en Ontario, entraînant des améliorations considérables dans la façon dont les soins sont compris, offerts et évalués par les fournisseurs.

Le RLISS continue également de favoriser et d'appuyer le travail du Southern Ontario Maternal Child Network (SOMCHN) qui permet la prestation uniforme de soins sécuritaires de qualité aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux jeunes.

Ces partenariats visent à assurer un accès approprié et rapide aux services cliniques au bon niveau de soins, tout au long du continuum dans le système de santé pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les jeunes, y compris l'accès des Franco-Ontariennes et Franco-Ontariens, et des populations autochtones de l'Ontario.

Amélioration de la qualité des services mère-enfant grâce à la collaboration et à l'intégration régionales

Le SOMCHN est un réseau composé de responsables cliniques des programmes et des services pour les soins des mères et des enfants de l'ensemble des RLISS de HNHB, de Waterloo Wellington et de Mississauga-Halton. Le SOMCHN promeut la collaboration régionale entre les services et recommande l'intégration des possibilités en clarifiant les rôles et en s'attaquant aux lacunes et aux redondances dans les services.

Il poursuit son harmonisation avec le travail du PCMCH afin de soutenir les priorités fixées pour 2016-2017. Ces priorités comprennent l'élaboration d'une stratégie de dépistage prénatal, d'une stratégie de faible risque pour les mères et les nouveau-nés ainsi que d'une stratégie relativement aux soins complexes pour les enfants en Ontario (Complex Care for Kids Ontario – CCKO).

Amélioration des services destinés aux enfants et aux adolescents ayant des besoins particuliers ainsi qu'à leurs familles

Le RLISS de HNHB participe en tant qu'un des principaux partenaires de la Stratégie ontarienne pour les services en matière de besoins particuliers. La stratégie vise à s'assurer que les enfants et les adolescents ayant des besoins particuliers puissent accéder en temps opportun aux services efficaces dont ils ont besoin ainsi qu'à améliorer l'expérience des familles concernant les services offerts.

Le travail porte sur ce qui suit :

- Dépister plus précocement les problèmes chez les enfants et les adolescents et leur offrir l'aide appropriée plus tôt grâce à la mise au point d'un nouvel outil de dépistage des problèmes de développement destiné aux enfants d'âge préscolaire;
- Diriger les familles vers les bons services et le bon soutien en mettant en place des coordonnateurs de la planification des services pour les enfants et les adolescents présentant des besoins particuliers multiples ou complexes;
- Améliorer l'accès au soutien et faire en sorte que le soutien et la prestation des services se fassent de façon harmonieuse en intégrant la prestation des services de réadaptation (c.-à-d. orthophonie, ergothérapie, physiothérapie).

Santé et mieux-être

Les interactions complexes entre les conditions sociales et économiques qui influent sur les gens, les collectivités et les pays compliquent l'atteinte d'une santé optimale. La santé d'une personne peut être influencée par son lieu de naissance, l'endroit où elle vit, son âge et le type de travail qu'elle accomplit. Ces conditions engendrent des disparités en matière de santé entre les groupes de population.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) définit l'équité en matière de santé de la façon suivante : « L'équité en matière de santé est une réalité lorsque toutes les personnes qui vivent en Ontario peuvent atteindre leur plein potentiel de santé et reçoivent des soins de qualité élevée qui sont justes et qui conviennent à leurs besoins, peu importe où elles vivent, ce qu'elles possèdent ou qui elles sont ».

Le RLISS est déterminé à se concentrer sur ces disparités en matière de santé dans le contexte du système de soins de santé en intégrant une approche axée sur la santé de la population et une optique de l'équité en matière de santé dans la planification, le financement et l'intégration des services de santé.

S'occuper de la question de l'équité en matière de santé dans le RLISS de HNHB

En septembre 2015, le RLISS de HNHB a formé le groupe de travail sur le plan d'action pour l'équité en santé (PAES) afin de soutenir le RLISS dans ses efforts visant à améliorer les résultats en matière de santé de la population en éliminant les iniquités de santé et les obstacles à l'accès aux services de santé, et en améliorant l'expérience des patients et les résultats en matière de soins de santé. Le groupe de travail sur le PAES collaborera avec le RLISS pour donner des conseils sur les priorités en matière d'équité en santé et pour aider à la préparation d'un plan d'action annuel pour l'équité en santé.

Les possibilités d'intégrer l'équité dans les travaux du RLISS de HNHB sont les suivantes :

- Cerner les populations vulnérables ou marginalisées
- Comprendre la population et les besoins locaux
- Tenir compte de l'impact des déterminants sociaux de la santé et des façons dont ils s'entrecroisent
- Établir des stratégies d'atténuation
- Surveiller et évaluer des mesures liées aux processus et aux résultats

En plus de ses populations prioritaires (populations autochtones et francophones), le RLISS a déterminé trois populations vulnérables ou marginalisées sur lesquelles axer les efforts pour 2015-2016 : les travailleurs agricoles migrants, les nouveaux arrivants et les sans-abri.

Grâce aux efforts du groupe de travail sur le PAES, le RLISS envisage d'élargir l'application de l'optique de l'équité en matière de santé afin d'inclure d'autres groupes de population cernés dans l'ensemble du RLISS conformément aux priorités provinciales du document *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*.

Les activités du groupe de travail sur le PAES sont orientées par le cadre de planification de l'équité en santé du RLISS de HNHB adopté en 2014. La planification continue et l'élaboration du plan d'action assureront l'harmonisation avec les priorités ministérielles et provinciales, QSSO et les initiatives communes des RLISS.

Résoudre les écarts en matière de santé dans les populations cibles

Le RLISS poursuit la mise en œuvre du cadre de planification sur l'équité en matière de santé afin d'orienter son approche pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et pour atteindre l'équité en matière de santé dans ses activités de planification. En 2015-2016, le RLISS a choisi de se concentrer sur deux des trois populations cibles :

- Travailleurs agricoles migrants
- Nouveaux arrivants

Travailleurs agricoles migrants

Chaque année, plus de 38 000 postes contractuels temporaires sont disponibles au Canada pour les travailleurs migrants. L'industrie présente dans le territoire du RLISS de HNHB emploie jusqu'à 8 000 travailleurs. Bien que les travailleurs agricoles migrants soient couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), la grande majorité d'entre eux n'accèdent pas aux services de soins de santé et ceux qui le font cherchent habituellement des soins de santé urgents dans des cliniques sans rendez-vous ou des SU.

Les problèmes de santé les plus courants chez les travailleurs agricoles migrants comprennent les blessures et les traumatismes, les troubles gastro-intestinaux, musculosquelettiques, oculaires, cutanés, respiratoires et urinaires. Un certain nombre d'obstacles pratiques et systémiques entravent l'accès des travailleurs aux soins de santé classiques/services de soins primaires, notamment :

- peur d'être renvoyés à la maison par leur employeur ou de ne pas être invités de nouveau l'année suivante;
- ignorance des services de soins primaires offerts et la façon d'y accéder;
- incapacité ou réticence à être en arrêt de travail;
- non accès à une carte d'assurance-maladie;
- manque de transport entre le lieu de travail et le milieu de soins.

En 2014-2015, le RLISS a financé trois cliniques de soins primaires desservant les collectivités de Delhi, Simcoe et Virgil en partenariat avec le centre de santé communautaire Grand River à Brantford et le centre de santé communautaire Quest à St. Catharines. Le modèle de soins primaires, dirigé par du personnel infirmier praticien, est soutenu par une équipe de professionnels, dont une infirmière autorisée, un travailleur communautaire, un traducteur et des bénévoles.

En 2015-2016, en raison du succès constaté, le RLISS a augmenté son financement pour l'étendre à trois sites additionnels à Hagersville, Brantford et Vineland. Ensemble, ces trois sites ont vu un total de 1 028 clients.

Nouveaux arrivants

Le pont Peace à Fort Érié, en Ontario, est le plus important point d'entrée au Canada pour les réfugiés qui cherchent asile au pays. Depuis l'an 2000, plus de 5 000 réfugiés par an en moyenne sont entrés au pays par Fort Erie, et leur nombre a augmenté de façon significative au cours des 15 dernières années. On estime que de 15 à 25 % des réfugiés qui entrent au Canada par Fort Erie demeurent dans la région de Niagara. Les réfugiés qui arrivent au Canada font face à de nombreux défis ayant un impact négatif sur pratiquement tous les déterminants sociaux de la santé, et ils sont largement reconnus comme étant parmi les membres les plus marginalisés de la société; ils sont en moins bonne santé, ont des besoins plus grands

en matière de santé, et font face à des obstacles à l'accès plus importants que les immigrants et les citoyens nés au Canada.

En septembre 2015, l'Ontario s'est engagé à collaborer avec le gouvernement du Canada et d'autres partenaires pour soutenir la réinstallation permanente et l'intégration d'environ 10 000 réfugiés syriens. En mars 2016, le RLISS de HNHB a accueilli environ 1 000 réfugiés pris en charge par le gouvernement grâce au leadership de Wesley Urban Ministries et au soutien de nombreux fournisseurs de soins de santé et de partenaires dévoués du RLISS. Le secteur de la santé est intervenu en procédant à des évaluations de santé initiales et à des vaccinations, et en assurant un transfert cordial aux services de soins primaires.

Puisque la santé est un élément important de la planification de la transition, le RLISS continuera de soutenir la prestation de services de soins de santé à tous les nouveaux arrivants, et il travaillera avec le groupe de travail sur le plan d'action pour l'équité en matière de santé afin d'élaborer une approche ciblée axée sur l'amélioration de la santé des nouveaux arrivants.

Santé et bien-être de la population

Le RLISS s'est aussi engagé à collaborer avec les bureaux de santé publique locaux afin d'intégrer une perspective de la santé de la population dans l'évaluation des besoins communautaires et dans la planification et l'intégration des services de santé. Le RLISS de HNHB travaillera avec les bureaux de santé publique afin de déterminer les secteurs de coordination et de collaboration dans la planification stratégique pour améliorer la santé et le mieux-être de la population. En 2015-2016, le RLISS a cerné l'abandon du tabagisme comme possibilité initiale et immédiate pour bâtir une relation de collaboration avec ces bureaux.

Le tabagisme est la principale cause de maladies et de décès évitables et prématurés en Ontario. Au Canada, les décès attribuables au tabac comptent pour environ 17 % de tous les décès. En Ontario, ce sont plus de 13 000 Ontariens qui meurent chaque année en raison de la consommation de tabac. De plus, le tabagisme impose un lourd fardeau économique en coûts de soins de santé directs et indirects comme les pertes de productivité. D'importants écarts régionaux existent dans le taux de tabagisme et le RLISS de HNHB présente la prévalence du tabagisme la plus élevée avec 23,8 % comparativement à 18,1 % pour l'Ontario.

Le RLISS de HNHB s'est associé au Réseau régional antitabac du Centre-Ouest et aux bureaux de santé publique locaux pour aider à faire adopter la campagne « Votre apport est important », qui offre aux fournisseurs de soins de santé une source complète de renseignements, des outils et des ressources sur la cessation du tabagisme. La campagne favorise également l'utilisation du modèle des 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), qui offre un cadre simple pour une intervention avec un minimum de contact avec le tabac que les fournisseurs de soins de santé peuvent intégrer à leur pratique quotidienne pour faire en sorte que l'on interroge chaque patient, à chaque visite, sur son utilisation du tabac et que l'on documente cette information. Le RLISS de HNHB continuera de soutenir l'augmentation du nombre de fournisseurs de soins de santé qui utilisent le modèle 5A.

Prévention et prise en charge des maladies chroniques

Optimiser le mieux-être par la prévention et la prise en charge des maladies chroniques continue d'être une priorité pour le RLISS de HNHB.

Même si les Canadiens ont accès à plus d'information sur la santé que jamais, le nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques ne cesse d'augmenter, surtout dans la catégorie d'âge de 35 à 74 ans. L'Agence de la santé publique du Canada estime que trois Canadiens sur cinq ont une maladie chronique et que quatre sur cinq sont à risque d'en développer une *(source : Agence de la santé publique du Canada : Prévention des maladies chroniques, plan stratégique 2013-2016)*. En Ontario, les maladies chroniques, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, étaient responsables de 79 % de tous les décès dans la province en 2007. Le fardeau des maladies chroniques est vécu de façon inéquitable au sein de certaines populations, comme les populations autochtones et les personnes qui vivent dans la pauvreté *(source : Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne, Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario, 2012)*.

En raison des percées scientifiques et technologiques médicales, les Ontariens vivent plus longtemps et ils sont donc plus susceptibles de développer des maladies chroniques en vieillissant. Cependant, les Ontariens vivent aussi différemment d'il y a quelques générations. Il y a une association étroite entre les maladies chroniques les plus communes et les facteurs de risque tels que la consommation de tabac et d'alcool, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013, les résidents du RLISS de HNHB ont déclaré des taux de maladies chroniques plus élevés, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'arthrite, l'hypertension, le diabète, l'asthme et le cancer, que la province dans son ensemble. En outre, le RLISS de HNHB affiche des taux de tabagisme quotidien et de consommation abusive d'alcool plus élevés que la moyenne provinciale *(source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013)*.

En 2015-2016, le RLISS de HNHB a continué de collaborer avec les FSS pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies axées sur la population qui ciblent des populations précises afin d'optimiser, de maintenir ou d'améliorer la santé de celles-ci en offrant une approche coordonnée et intégrée en matière de prestation de services de santé.

Diabète

En 2013-2014, le RLISS de HNHB a pris en charge le financement et la responsabilité de huit programmes d'éducation sur le diabète (PED) chez l'adulte et de quatre chez l'enfant, en plus de gérer la coordination des services aux diabétiques dans l'ensemble du RLISS.

Diabète dans le RLISS de HNHB
En avril 2015, on comptait, dans le RLISS de HNHB, 143 317 adultes diabétiques. Ce nombre classe le RLISS au troisième rang parmi l'ensemble des RLISS et représente 12,1 % de la population adulte du RLISS. *(Source : Diabetes System Indicators, 2016)*

En 2015-2016, le RLISS a concentré ses efforts sur la collaboration et les partenariats entre les PED, y compris ceux portant sur les soins primaires, dans le but d'améliorer l'accès et la coordination des services pour les personnes atteintes de diabète. Le plan de travail annuel du RLISS comprenait un certain nombre d'initiatives nécessitant des partenariats novateurs. L'un des principaux catalyseurs de ces initiatives est le leadership engagé dont font preuve les membres des deux comités de leaders en matière de diabète du RLISS, dont l'un est axé sur les adultes et l'autre, sur les enfants. Ces comités rassemblent des représentants de tous les PED, financés par le RLISS et par le ministère. Les priorités pour 2015-2016 comprenaient :

Population adulte

- Amélioration de l'accès aux PED au moyen de processus normalisés d'aiguillage :
  - Un modèle d'accès coordonné aux PED dans trois zones à l'échelle du RLISS et un formulaire normalisé d'aiguillage vers les PED pour l'ensemble du RLISS ont été élaborés et mis en œuvre en consultation avec le secteur des soins primaires et tous les PED financés par le RLISS et le ministère. Selon ce modèle, l'accès aux PED ne comporte pas de « mauvaise porte ».
  - Introduction d'un processus d'auto-orientation aux programmes de PED; au 31 décembre 2015, 524 personnes avaient ainsi accédé à un programme de PED.
- Amélioration de l'utilisation des PED pour adultes financés par le RLISS :
  - Les PED du RLISS ont signalé qu'ils avaient reçu 14 536 clients au 31 décembre 2015 contre 18 431 pour l'exercice 2014-2015 au complet (d'avril 2014 à mars 2015). Globalement, le RLISS était en voie d'atteindre une augmentation de 3,4 % du nombre de clients.
- Amélioration de l'accès aux services spécialisés pour la clientèle des PED grâce à des partenariats et à des innovations :
  - Partenariat entre le PED de Six Nations et Hamilton Health Sciences (HHS) afin d'appuyer les consultations cliniques complexes, le transfert des connaissances et l'accroissement de la capacité de l'équipe spécialisée du PED (infirmier praticien, infirmier spécialiste en pratique clinique et diététiste spécialisé) par l'entremise du Réseau Télémédecine Ontario (RTO).
  - Partenariat d'aiguillage direct entre le PED de Six Nations et le programme de néphrologie du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton pour la clientèle du PED de Six Nations atteinte de néphropathies légères à modérées n'ayant pas de fournisseur de soins de santé primaires.
  - Amélioration de l'accès aux soins des plaies diabétiques pour la clientèle des PED par l'intermédiaire du projet pilote de télémédecine – les conseillers en soins des plaies du CASC de HNHB ont pris part à 210 visites de soins des plaies en télémédecine pour des patients à Niagara, à Ohsweken et à Norfolk, traitant des ulcères du pied, des plaies vasculaires aux jambes et d'autres plaies entre novembre 2015 et février 2016 (source : *CCAC/CarePartners Diabetic Foot Ulcers Telemedicine Pilot Presentation*, mars 2016). Le projet a également contribué à accroître les connaissances et la responsabilité en matière de gestion des soins de plaies pour le personnel infirmier de première ligne. L'analyse plus poussée de données et l'élargissement du programme sont au nombre des prochaines étapes.
  - Des journées spéciales le vendredi (« Team Fridays ») sont organisées en partenariat avec l'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario. Il s'agit d'une journée au cours de laquelle les personnes atteintes de diabète ou à risque peuvent avoir accès à des services, sans rendez-vous. L'équipe est composée d'un intervenant pivot auprès des patients autochtones, d'aînés, d'un diététiste, d'un infirmier praticien et d'un membre de l'équipe du PED. Toute personne peut accéder à n'importe quel type de service ou de programme, à toute heure de la journée, comme bon lui semble, y compris aux activités planifiées comme une séance de yoga ou un repas santé. Des examens de la vue sont également offerts toutes les six semaines par le Réseau Télémédecine Ontario.

Population pédiatrique

- Le RLISS a établi un comité de leaders en matière de diabète pédiatrique, lequel regroupe des représentants de tous les PED pédiatriques (PEDP) afin d'améliorer la coordination et la prestation de services liés au diabète pédiatrique et de mettre en œuvre une nouvelle méthodologie normalisée de production de rapports pour les PEDP pour 2015-2016.

- Au 31 décembre 2015, les quatre PEDP du RLISS avaient servi 812 clients en pédiatrie pour un total de 6 342 interactions cliniques.
- Les priorités du comité de leaders en matière de diabète pédiatrique pour 2016-2017 comprennent :
    - l'amélioration de l'accès en temps opportun à des soins spécialisés appropriés en matière de diabète pédiatrique pour les enfants et les jeunes au moyen de la normalisation des processus d'accès aux niveaux supérieurs de soins pédiatriques;
    - la collaboration avec des PED pour adultes pour mettre en œuvre les recommandations provinciales concernant la transition efficace des jeunes des soins pédiatriques aux soins pour adultes. L'objectif de cette collaboration est d'appuyer des soins de qualité élevée, adéquats relativement au développement et psychologiquement sains qui soient continus, exhaustifs, axés sur le client et coordonnés, avant la transition du jeune d'un système à l'autre et pendant toute la durée de celle-ci;
    - La mise en œuvre des recommandations provinciales pour l'amélioration de l'accès et la coordination des services psychosociaux et de santé mentale pour les jeunes atteints de diabète et leurs familles. L'objectif de ces recommandations est de promouvoir un processus plus rationalisé pour la clientèle pédiatrique atteinte de diabète qui a besoin de soutien psychosocial et en santé mentale.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Système de rétablissement intégré après un AVC

En 2015-2016, le RLISS de HNHB a continué de travailler avec les fournisseurs pour intégrer les soins de l'AVC. Le rapport annuel de l'Ontario Stroke Network (OSN) a montré des améliorations à huit indicateurs comparativement au rapport annuel précédent (source : Rapport annuel 2013-2014, Ontario Stroke Network). Le Greater Niagara General Hospital, membre du système de santé de Niagara, a obtenu le meilleur résultat pour l'administration du tPA (activateur tissulaire du plasminogène), médicament permettant de dissoudre les caillots sanguins, à des personnes admissibles ayant reçu un diagnostic d'AVC (source : Rapport annuel 2013-2014, Ontario Stroke Network).

En mai 2015, l'Ontario Stroke Network publiait son rapport annuel pour 2013-2014, dans lequel il indiquait que l'accès à des soins actifs dans une unité d'AVC avait augmenté (de 34,3 % à 43,6 %) dans le RLISS de HNHB. Ces taux reflétaient l'ouverture de la nouvelle unité intégrée d'AVC du Brant Community Healthcare System (BCHS) en juin 2013. Ce modèle a amélioré l'accès à des soins actifs dans une unité d'AVC dans le RLISS de HNHB. L'ouverture de l'unité intégrée d'AVC a également donné lieu à une augmentation (de 33,5 % à 36,4 %) du taux de patients ayant obtenu un congé pour accéder à des soins de réadaptation en milieu hospitalier *(Source : Rapport annuel 2013-2014, Ontario Stroke Network).*

> Les personnes ayant subi un AVC et qui reçoivent des soins dans une unité spéciale d'AVC d'une équipe interprofessionnelle dédiée sont plus susceptibles d'être encore vivantes et autonomes, et de vivre chez elles une année après l'AVC. *(Source : Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized inpatient [stroke unit] care for stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, numéro 4. Canadian Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2010).*

À la suite de la mise en œuvre d'un système de rétablissement intégré à Brant, Haldimand Norfolk, on a pu constater une amélioration de l'accès aux soins en unité d'AVC et à la réadaptation communautaire comme suit :

- Le taux de personnes recevant des soins en unité intégrée d'AVC au Brant Community Healthcare system (BCHS) est passé de 0 % à 84,5 % après l'ouverture de l'unité (source : Résultats spécifiques au BCHS, T2 de 2015-2016).
- Le nombre de personnes recevant des soins de réadaptation communautaires intensifs selon des pratiques exemplaires à domicile à la suite d'un AVC est passé de zéro à 80 (source : Rapport du CASC de HNHB, T2 de 2015-2016).

Modèle de réadaptation communautaire après un AVC

Une évaluation du modèle de réadaptation communautaire après un AVC a été effectuée afin de déterminer s'il pourrait s'appliquer à d'autres secteurs et populations du RLISS. Le modèle offre un accès à des soins de réadaptation communautaire à domicile après un AVC selon les pratiques exemplaires aux personnes dont le domicile se trouve à plus de 30 minutes d'un centre de thérapie ambulatoire ou qui tolèrent mal de se déplacer. Avant le lancement du modèle, les personnes ont reçu en moyenne 4,1 visites thérapeutiques, ce qui est considérablement moins que ce que recommandent les pratiques exemplaires. À la suite du lancement du modèle, chaque personne a reçu en moyenne 32 visites, en fonction de ses besoins. L'évaluation indique que, peu importe la gravité de l'AVC, les personnes concernées ont atteint leurs objectifs, ont connu un rétablissement fonctionnel et ont connu une amélioration en matière de réintégration à une vie normale. Les soins ont été dispensés rapidement et par une équipe stable d'experts en AVC fournissant des services intensifs respectant les pratiques exemplaires.

*Figure 11 : Résultats du modèle de réadaptation communautaire après un AVC**

Sans égard à la sévérité de l'AVC, les personnes concernées :	
Ont atteint leurs objectifs	90 %
Ont connu un rétablissement fonctionnel	+5 % (léger) +20 % (modéré) +18 % (sévère)
Ont amélioré leur réintégration à une vie normale	+39 %
Ont obtenu un accès rapide	3,3 jours
Ont reçu des soins intensifs de réadaptation communautaires selon les pratiques exemplaires	32 visites
Étaient satisfaites	87 %
Ont reçu des soins d'une équipe stable d'experts en matière d'AVC	90 %
En général, le système d'AVC offrait un potentiel d'évitement de coûts	564,95 $ par personne

** se fondent sur les résultats de 31 personnes*

En général, il y a eu réduction de la durée de séjour en milieu hospitalier de 6,6 jours en moyenne par personne à la suite du lancement de l'unité intégrée d'AVC et du modèle de réadaptation communautaire après un AVC, ce qui a entraîné un évitement de coûts potentiel de 564,95 $ par personne (voir la figure 11).

Les résultats du modèle de réadaptation communautaire après un AVC ont été communiqués lors du congrès canadien de l'AVC à Toronto, ainsi que dans les forums de l'Ontario Stroke Network à London et

à Hamilton. On a déterminé que les résultats sont applicables à d'autres secteurs du RLISS de HNHB ainsi qu'à d'autres RLISS.

MPOC et ICC

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est un trouble respiratoire chronique et progressif souvent causé par le tabagisme. L'insuffisance cardiaque congestive (ICC) est un affaiblissement du cœur qui peut provoquer de l'essoufflement, une fatigue excessive et une tuméfaction des jambes. La MPOC et l'ICC sont toutes deux des maladies chroniques progressives et elles sont les deux raisons les plus fréquentes de réadmission à l'hôpital dans le RLISS de HNHB.

Un modèle intégré de soins à l'échelle du RLISS pour les personnes souffrant de MPOC et intitulé « Caring for my COPD a été mis en œuvre en 2014 dans quatre sites principaux du RLISS. En 2015-2016, ce programme a commencé à offrir des sites de sensibilisation dans des secteurs présentant des besoins élevés, comme Norfolk. De plus, les emplacements ont été en mesure d'offrir un meilleur soutien en matière de transport pour permettre aux clients de participer au programme. Au 31 décembre 2015, 362 personnes avaient accédé à ce programme pendant l'exercice 2015-2016.

De plus, le Programme de soins complets intégrés est mis en œuvre dans l'ensemble des établissements hospitaliers de soins actifs du RLISS de HNHB pour les patients hospitalisés ayant reçu un diagnostic de MPOC ou d'ICC qui obtiendront un congé pour retourner chez eux. Ces patients seront appuyés par une équipe de soins et recevront des soins à domicile pour une période maximale de 60 jours après leur congé.

Les principales caractéristiques du programme incluent des coordonnateurs de soins intégrés qui préparent et gèrent des plans d'action personnalisés, des parcours de soins normalisés, un accès rapide à de l'expertise médicale et un membre de l'équipe de soins disponible en tout temps. Consultez la partie portant sur les soins domicile et en milieu communautaire à la page 62 pour obtenir de plus amples renseignements sur ce modèle de soins.

Personnes âgées (y compris les personnes soignantes et les familles)

La population du RLISS, tout comme celle de l'Ontario et d'autres régions, est une population vieillissante. En 2015, plus de 260 000 personnes de 65 ans et plus résidaient dans le RLISS de HNHB. Cette population devrait passer à 360 000 en 2025, la croissance la plus marquée devant survenir au sein de la population de 75 ans et plus *(source : Projections démographiques, RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSANTÉ Ontario)*. En plus de gérer leurs propres problèmes de santé, les personnes âgées peuvent devoir jouer le rôle de personne soignante pour leur conjoint(e) ou un autre membre de la famille.

En 2015-2016, les activités du RLISS de HNHB ont été axées sur des initiatives qui :

- préviennent le déclin fonctionnel et cognitif, au moyen d'un accès accru à des programmes d'exercice et de bien-être;
- maintiennent et rétablissent les habiletés fonctionnelles et cognitives;
- soutiennent les personnes soignantes naturelles.

Exercice et prévention des chutes

Personnes âgées actives et en santé

Les blessures liées aux chutes constituent une préoccupation importante en matière de santé chez les personnes de plus de 65 ans, particulièrement celles qui vivent de façon autonome chez elles dans la communauté *(source : Agence de la santé publique du Canada, Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport, 2014)*. Les chutes entraînent souvent des traumatismes physiques et psychologiques dévastateurs qui ont un impact négatif sur la qualité de la vie et les activités de la vie quotidienne. Les recherches montrent que les programmes d'exercices évolutifs et personnalisés contribuent à améliorer la force, la démarche et l'équilibre, en plus de donner l'occasion aux personnes âgées de rencontrer d'autres personnes et d'apprendre quels sont les principaux facteurs de risque de chutes. Statistique Canada estime cependant que 11 % seulement des personnes âgées de 65 à 79 ans respectent les recommandations du Canada en matière d'activité physique *(source : Agence de la santé publique du Canada, Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport, 2014)*.

D'avril à décembre 2015, 7 675 personnes ont participé aux séances d'exercice et de prévention des chutes organisées par le RLISS à 209 endroits dans toute la région.

Demeurer actif – Ce que les clients nous ont dit

« J'ai eu des problèmes de dos et de l'arthrite. Depuis que je participe au programme, ma mobilité s'est nettement améliorée. En tant que personne âgée touchant un revenu fixe, je n'aurais jamais pu m'offrir ce genre de programme dans un centre de conditionnement physique. »
Stay Well Program, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

« Avant ces cours, je ne pouvais plus bouger du tout. J'ai maintenant retrouvé de la mobilité dans les différentes parties de mon corps, et mon dos va tellement mieux. Je peux à nouveau profiter de la vie. J'ai 86 ans, mais désormais je me sens comme si j'en avais 17... Je souris tout le temps. »
Stay Well Program, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

« Les personnes âgées, dont certaines vivent seules, n'ont pas une vie sociale très active. C'est pour elles une occasion de sortir et de rencontrer des gens. »
Programme S.A.F.E. Zone – Adult Recreation Therapy Centre

« J'ai souffert pendant des années de douleur chronique au cou et aux épaules. J'ai essayé les massages, la physiothérapie, consulté un chiropraticien, mais sincèrement, ces cours m'ont procuré un soulagement bien plus grand et durable. »
Ready, Steady, GO! – Collectivité de St.Williams

En décembre 2015 et en janvier 2016, le RLISS s'est rendu à 15 séances d'exercice en milieu communautaire pour recueillir les commentaires des participants sur leur expérience dans le cadre du programme. Plus de 40 participants ont dit que leur bien-être physique, mental et émotif s'était amélioré, ce qui démontre la valeur et l'incidence du programme dans la communauté.

Équipes mobiles d'évaluation et de rétablissement pour les personnes âgées

Le 1er avril 2015, un modèle d'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement pour les personnes âgées (Seniors Mobile Assess Restore Team – SMART) valide pour deux ans a été mis en œuvre dans six établissements hospitaliers dans le but de réduire et de prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées à risque élevé. D'après la littérature, « pour chaque journée qu'une personne âgée passe alitée (ou en attente sur une civière au service des urgences), il faut compter deux jours de rétablissement » [traduction] *(source : Kaira, 1994; Mehta, 2010).*

Le modèle SMART a été évalué pour en connaître les effets sur la durée du séjour, la désignation ANS/les jours passés en attente d'un ANS et le besoin de programmes de rétablissement chez des populations précises. L'évaluation révèle que le modèle :

- Améliore la qualité des soins par la prévention du déclin fonctionnel et l'accroissement de l'autonomie fonctionnelle.
- Permet l'intégration des services, éliminant les points de transition par la prestation de soins de rétablissement au service des urgences et dans les services de soins actifs, parallèlement aux soins actifs.
- Procure une valeur ajoutée. La majorité des personnes qui obtiennent leur congé des soins actifs peuvent rentrer directement chez elles; les personnes qui ont besoin de soins de réadaptation postactifs en milieu hospitalier, cependant, voient diminuer de beaucoup la durée de leur séjour. Voir les résultats de l'évaluation à la figure 12.

Figure 12 : Résultats d'évaluation des équipes SMART

Livrables	Extrants et résultats
• Amélioration de la qualité des soins • Accroissement de la capacité • Prévention du déclin fonctionnel • Amélioration de l'autonomie fonctionnelle	• 2 278 personnes servies[1] • Augmentation de 20 % des habiletés fonctionnelles (Barthel)[2] • 87 % sont rentrés à la maison après avoir obtenu leur congé[1]
1. Services intégrés 2. Élimination des points de transition et des aiguillages, évaluations et temps d'attente connexes	3. Diminution de 20 % du nombre de jours passés en attente d'un ANS pour les patients transférés, par suite de leur congé, vers des soins complexes de longue durée pour patients ayant une faible tolérance
• Valeur ajoutée • Diminution du besoin en matière de soins de réadaptation postactifs pour patients alités • Diminution de la durée du séjour en soins de réadaptation postactifs pour patients alités • Évitement de coûts	• 87 % des gens n'ont pas besoin des soins de réadaptation postactifs pour patients alités[1] • Diminution de la durée du séjour en soins actifs dans l'attente d'un ANS chez les personnes en attente de soins de réadaptation postactifs pour patients alités[3]

Sources: 1. Rapports trimestriels des hôpitaux sur les équipes SMART (6 établissements) 2. Rapports trimestriels des hôpitaux sur les équipes SMART (2 établissements) 3. Données pour l'ensemble du RLISS de HNHB. Outil iPort du Programme d'accès aux soins, pour la période de 9 mois allant du 1er avril au 31 décembre 2015, 5 538 jours passés en attente d'un ANS dans les 6 hôpitaux ayant instauré les équipes SMART, comparativement à 6 893 pour la même période (du 1er avril au 31 décembre 2014) avant la mise en place de ces équipes.

Un modèle logique a été élaboré pour orienter l'évaluation des équipes SMART du RLISS de HNHB. Le RLISS dirige par ailleurs un groupe de prestation améliorée des services d'évaluation et de rétablissement inter-RLISS dans le cadre duquel un modèle logique d'évaluation des RLISS a également été élaboré. Ces modèles logiques ont servi d'inspiration pour la conception du modèle logique inter-RLISS provincial mis au point par l'Alliance des soins de réadaptation pour tenir compte des initiatives d'évaluation et de rétablissement dans l'ensemble des 14 RLISS.

ÉQUIPES SMART

« Merci, merci, merci à vous tous. Ma mère a récemment pu rentrer À LA MAISON grâce aux soins et à la compassion extraordinaires dont elle a fait l'objet dans le cadre du programme SMART, à l'Hôpital général de Brantford.

Quel programme fantastique! J'espère qu'il fera toujours partie des services de thérapie de l'hôpital. Notre famille vous est très reconnaissante à tous. Ma mère a beaucoup aimé Karla et Kara. Elle leur transmet ses meilleurs sentiments et vous remercie tous! Une famille très reconnaissante! »

-Membre de la famille d'une participante au programme SMART

Programmes de rétablissement

Le RLISS de HNHB dispose, dans l'ensemble de son territoire, de programmes de rétablissement pour patients alités ayant pour but d'aider les gens à revenir à leur état fonctionnel optimal à la suite d'une maladie grave. Ces programmes peuvent être désignés comme des programmes d'évaluation et rétablissement, de réadaptation en douceur ou de soins de convalescence et sont offerts dans des hôpitaux et des foyers de soins de longue durée. Ensemble, ils totalisent 193 lits (ce qui portera le total à 199 en 2016-2017). Bien que la majorité de ces 199 lits (164) soient financés par le RLISS, 35 sont directement financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Les gens sont généralement admis à l'hôpital à la suite d'un événement grave, mais peuvent aussi être admis directement à partir du milieu communautaire. L'équipe de soins de santé associée à ces programmes peut comprendre des infirmières et infirmiers, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des ludothérapeutes, des pharmaciens et des gestionnaires de cas du CASC. Les personnes inscrites au programme travaillent avec cette équipe de soins de santé durant une certaine période afin de recouvrer leurs forces et pouvoir rentrer chez elles. En 2015-2016, 81 % des gens admis dans les programmes d'évaluation et rétablissement et de réadaptation en douceur du RLISS ont pu rentrer chez eux après avoir obtenu leur congé *(source : rapport du RLISS de HNHB pour le 3e trimestre de 2015-2016 – tous les établissements)*.

En 2015-2016, le RLISS de HNHB a élargi l'accès aux lits de convalescence pour les résidents de Niagara-on-the-Lake et des environs. Le FSLD Pleasant Manor s'est vu autorisé à mettre en œuvre un programme de convalescence de 12 lits. Ce programme a été mis sur pied en partenariat avec le système de santé de Niagara. Au 31 mars 2016, 6 des 12 lits étaient opérationnels, et l'on prévoyait offrir l'ensemble des lits prévus en 2016-2017. En 2015-2016, une trousse d'aiguillage et d'information uniformisée pour les soins de convalescence a été adoptée par tous les établissements fournisseurs de tels soins dans le RLISS de HNHB.

Alliance des soins de réadaptation

L'Alliance des soins de réadaptation est un groupement provincial qui a été créé par les 14 RLISS de l'Ontario en avril 2013, pour un mandat initial de deux ans. Elle a été établie pour apporter des changements positifs aux soins de réadaptation, s'employant essentiellement à soutenir l'amélioration de l'expérience des patients et à promouvoir l'adoption et l'efficacité des priorités cliniques et économiques, ce qui comprenait l'élaboration et l'adoption de définitions normalisées. En 2015-2016, les chefs de la direction des 14 RLISS ont approuvé la reconduction de son mandat pour deux ans. En septembre 2015, le RLISS de HNBH a constitué, aux fins de mise en œuvre des définitions provinciales normalisées des soins de réadaptation, un réseau local de l'Alliance. L'adoption des définitions normalisées des soins de réadaptation à l'échelle de la province vise à améliorer la compréhension qu'ont les patients, les membres de la famille et les partenaires effectuant des aiguillages à l'égard des populations servies et des services offerts en soins de réadaptation.

Depuis septembre 2015, 72 fournisseurs de soins de réadaptation du RLISS de HNHB ont eu recours à un outil de cartographie pour évaluer les programmes de soins de réadaptation actuels par rapport aux définitions normalisées des soins de réadaptation élaborées par l'Alliance. On a repéré les domaines qui présentaient un décalage ou des problèmes ainsi que des possibilités de favoriser l'harmonisation avec les nouvelles définitions. L'Alliance des soins de réadaptation provinciale compile actuellement les données recueillies auprès des 14 RLISS pour déterminer les domaines qui sont harmonisés et ceux restant à harmoniser à l'échelle de la province et au sein des RLISS. Le RLISS de HNHB a élaboré une structure de gouvernance de l'Alliance locale qui concorde avec la structure de gouvernance de l'Alliance provinciale. Un groupe consultatif du RLISS assurera la liaison avec les groupes de travail des sous-régions pour faciliter la mise en œuvre des définitions normalisées ainsi que l'achèvement du cadre de planification des capacités de l'Alliance.

Les programmes de rétablissement du RLISS de HNHB ont été évalués par rapport à la ligne directrice sur l'évaluation et le rétablissement du ministère et aux nouvelles définitions normalisées des soins de réadaptation. Ces programmes cadrent avec la nouvelle définition normalisée de « stimulation/rétablissement » des soins de réadaptation. L'Alliance des soins de réadaptation a établi des correspondances afin de démontrer l'harmonisation entre ses définitions normalisées des soins de réadaptation pour personnes alitées et les types de soins de rétablissement décrits dans la ligne directrice du MSSLD en matière d'évaluation et de rétablissement. Les travaux d'harmonisation provinciaux orienteront ceux menés pour normaliser les définitions et planifier la capacité des soins de réadaptation.

Soutien aux familles et personnes soignantes naturelles

De nombreux rapports sont publiés relativement à la population vieillissante de l'Ontario et au rôle crucial que jouent les personnes soignantes naturelles dans la prestation de services de soins à domicile, ainsi qu'au stress que ces personnes peuvent éprouver tandis qu'elles s'occupent de conjoints, de membres de leur famille et d'autres personnes. Prendre soin d'un membre de la famille ou d'une autre personne peut être une expérience très enrichissante et valorisante; cela peut aussi, cependant, s'avérer difficile et susciter de la détresse ou constituer un fardeau sur les plans physique, émotif, financier ou social chez certaines personnes soignantes *(source : RLISS de HNHB, Adult Day Program and Respite Review Working Group Findings and Recommendations, décembre 2014)*. Qualité des services de santé Ontario a signalé que 97 % des patients soignés à domicile reçoivent de l'aide d'une personne soignante naturelle *(source : Qualité des services de santé Ontario, À la hauteur, 2015)*. La démence se fait de plus en plus prévalente au sein du RLISS de HNHB, et la littérature la concernant révèle que les personnes soignantes

qui s'occupent de personnes présentant des déficiences cognitives modérées ou graves sont plus susceptibles de faire état de détresse physique, émotive, financière ou sociale *(source: Sinha, S. K. Vivre bien et plus longtemps. MSSLD. Décembre 2012)*

En 2015, le ministère a dévoilé le Plan d'action en matière de soins de santé, de même qu'une Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire. Les deux documents exposent les priorités d'intégration, de cohérence, de capacité, de qualité et de valeur du système. En 2015-2016, le RLISS de HNHB a appuyé des activités qui cadraient avec l'orientation du ministère pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire en donnant la priorité aux clients et aux personnes soignantes et en améliorant leur expérience, notamment par :

- La collaboration avec des fournisseurs de services de relève communautaires financés par le RLISS, aux fins de simplification et de coordination de l'accès aux services de relève offerts aux personnes soignantes et à ceux dont elles s'occupent et d'amélioration de la connaissance qu'ont les personnes soignantes de ces mêmes services. Les services de relève permettent aux personnes soignantes d'obtenir des périodes de répit des tâches qui leur incombent à ce titre.
- L'approbation pour deux ans accordée aux foyers de soins de longue durée qui offrent l'accès à des services de relève de nuit, ce qui a aidé des familles/personnes soignantes à planifier des soins de relève (p. ex., des vacances).
- Le soutien d'un programme de soins personnels pour les personnes soignantes, par l'intermédiaire de la Société Alzheimer de Brant, de Haldimand, de Norfolk, de Hamilton et de Halton. Le programme donne aux personnes soignantes une occasion d'apprendre à établir des priorités et à trouver un équilibre entre leurs besoins en matière de soins personnels et ceux des personnes dont elles s'occupent. Les personnes soignantes acquièrent ainsi la capacité d'améliorer leur santé et leur bien-être de façon globale, afin de continuer de soutenir, chez elles, les personnes atteintes de démence.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs ont continué d'être une priorité pour le RLISS de HNHB en 2015-2016. Les activités s'harmonisent avec la feuille de route du ministère et le rapport *Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action* (décembre 2011). Les principaux centres d'intérêt du RLISS de HNHB en 2015-2016 sont :

- la promotion de l'identification précoce des personnes ayant besoin de soins palliatifs;
- l'amélioration des communications et du partage de l'information;
- l'accroissement des connaissances des services de soins palliatifs et de la planification des soins avancés;
- L'élaboration d'un système local de soins palliatifs qui offre aux patients un plus grand choix de soins palliatifs et de soins de fin de vie.

> « Je participe aux activités pour aider à organiser les programmes en soins palliatifs pour la région de Norfolk depuis 1994 et je suis très optimiste quant à l'enthousiasme et au soutien du RLISS pour reconnaître le besoin de soins en fin de vie. »
>
> *– Résident de Norfolk*

Le conseil sur les programmes régionaux de soins palliatifs du HNHB (le conseil) a poursuivi ses efforts sur son plan de travail triennal en 2015-2016. Trois groupes de travail créés pour faire avancer les principales priorités ont fait part des progrès suivants :

- Groupe de travail sur l'identification précoce : En mars 2016, dix médecins de famille représentant deux équipes de santé familiale et trois lieux de travail ont accepté de participer comme « adopteurs précoces » du projet d'identification précoce.
- Groupe de travail sur le plan de formation régional : Le plan de formation régional a été achevé en mars 2016 et il ciblait particulièrement les soins primaires et communautaires.
- Groupe de travail sur la mesure du rendement et de la qualité et la production de rapports : Le travail consistant à peaufiner les définitions pour la production de rapports sur les clients des soins palliatifs a été effectué. Un nouvel outil de production de rapports sera mis en œuvre en 2016.

Le conseil a aussi élaboré une stratégie de mobilisation des intervenants; en décembre 2015, 18 réunions et présentations de groupe avaient été tenues. En outre, le CASC de HNHB a organisé deux séances de planification collaborative des soins palliatifs afin de soutenir la création d'un plan stratégique harmonisé aux objectifs du programme de soins palliatifs de la région du RLISS de HNHB.

Le RLISS de HNHB continue d'appuyer les patients afin qu'ils reçoivent des soins palliatifs dans la communauté, les hôpitaux et les FSLD. Le RLISS appuie cinq maisons de soins palliatifs pour un total de 42 lits grâce au financement accordé au CASC de HNHB pour les services de soutien à la personne et professionnels (soins infirmiers). Le RLISS soutient également la résidence Emmanuel House de Good Shepherd Centre Hamilton, un programme d'aide à la vie autonome de dix lits qui offre des services de soins palliatifs résidentiels. En novembre 2015, 562 personnes avaient reçu des soins des programmes en établissement *(source : données sur les soins palliatifs du CASC de HNHB et du RLISS de HNHB entre avril et novembre 2015. Base de données du projet CHRIS).*

Planification préalable des soins

En 2015, 96,4 % des foyers de soins de longue durée ont répondu à un sondage sur la planification préalable des soins. Le sondage a permis de conclure que 99 % des foyers examinent le plan préalable de soins avec les résidents ou les mandataires spéciaux quant à tout changement d'état.

Équipes d'intervention en soins palliatifs/partage des soins

Les équipes d'intervention en soins palliatifs/partage des soins sont des équipes interdisciplinaires composées d'intervenants pivots cliniques, de médecins en soins palliatifs, d'infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés, d'infirmières et infirmiers praticiens, de conseillers en matière de deuil et de conseillers psychospirituels. Ces équipes, situées dans l'ensemble du RLISS à Brant, Burlington, Haldimand, Norfolk, Six Nations, Hamilton et Niagara, travaillent avec les clients pour répondre à leurs besoins de soins palliatifs à domicile tout en soutenant les personnes qui s'occupent d'eux et leur famille. En février 2016, les équipes avaient vu 2 716 personnes.

Stratégie relative au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement

La Stratégie relative au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) repose sur un cadre qui précise les principes devant guider l'élaboration de services de santé de qualité pour les personnes ayant des comportements réactifs. L'énoncé élaboré par les fournisseurs du RLISS, qui représente la voix des personnes ayant des déficiences cognitives, demeure un élément moteur des activités du Projet OSTC du RLISS.

« Je suis qui je suis, donc aidez-moi à continuer de l'être. »

En 2015-2016, les programmes du Projet OSTC, couvrant tous les secteurs de soins, se sont poursuivis en ciblant l'amélioration du soutien pour les personnes, les membres de la famille et les fournisseurs de soins de santé lors des transitions tout au long du continuum de soins de santé.

- Projet OSTC Connect – Un seul point d'information et d'aiguillage pour les clients, les personnes soignantes et les fournisseurs de soins de santé, rapprochant les services et les clients. C'est le CASC de HNHB qui assure son fonctionnement.
- Équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC – Cinq équipes ayant une expertise en soins gériatriques intégrées à des équipes communautaires d'intervention en situation de crise existantes qui offrent du soutien « juste à temps » aux personnes ayant des comportements réactifs ou à risque d'en développer, et qui les mettent en contact avec des services de soutien à plus long terme.
- Modèle de service axé sur un responsable communautaire intégré (RCI) – Un organisme communautaire est le point de contact unique pour les clients nécessitant un soutien en cas de troubles du comportement. Cette démarche en matière de soins a été adoptée par 41 organismes de services communautaires de soutien financés par le RLISS qui offrent des soins à la population du Projet OSTC.
- Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en soins de longue durée – Cinq équipes multidisciplinaires, desservant les 85 foyers de soins de longue durée du RLISS.

En 2015-2016, les postes de responsable des soins cliniques à l'hôpital du Projet OSTC ont constitué un nouvel élément de la stratégie. Deux responsables des soins cliniques du Projet OSTC, employés par deux organismes hospitaliers hôtes, le système de santé de Niagara et Hamilton Health Sciences, ont été mis en place en avril 2015 avec une démarche par étapes dans l'ensemble des organismes hospitaliers du RLISS de HNHB. Ce nouvel ajout aux programmes du Projet OSTC a fait en sorte que les personnes ayant des déficiences cognitives et des comportements réactifs reçoivent des services d'experts en matière de comportement et des services de soutien, peu importe le milieu de soins où elles se trouvent, y compris les milieux de soins actifs. Les principales fonctions des responsables cliniques comprennent la collaboration avec le personnel hospitalier pour l'élaboration des plans de soins relativement aux comportements et aux transitions, et l'accroissement de la capacité.

Soutenir les personnes soignantes naturelles ayant besoin d'aide

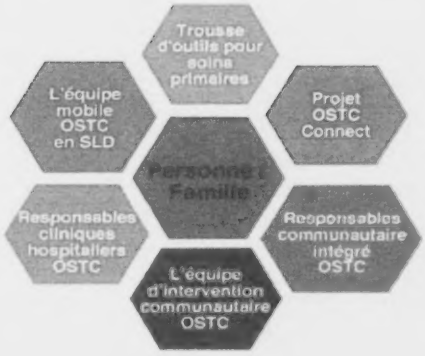
« Merci de m'écouter et d'être patient avec moi… Je suis tellement heureux que quelqu'un viendra voir ce pauvre homme qui s'éteint un peu plus chaque jour. »

Voisin d'un client du Projet OSTC Connect et de l'équipe mobile communautaire de soutien en cas de troubles du comportement

Principales réussites du Projet OSTC en 2015-2016

Projet OSTC Connect

- 1 072 clients desservis en date du 31 décembre 2015 (3 622 depuis avril 2012)
- 100 % des personnes soignantes/clients ont été mis en lien avec le service/soutien après avoir appelé le Projet OSTC Connect.
- 62,4 % de ces clients n'avaient jamais reçu de services avant d'appeler le Projet OSTC Connect.



Équipes d'intervention communautaire du Projet OSTC

- 957 clients avaient reçu du soutien en situation de crise en date du 31 décembre 2015 (3 957 depuis la mise en œuvre du programme le 1er avril 2012).
- De 58 % à 79 % des clients ont reçu leur congé et disposaient d'un soutien communautaire à long terme pour prévenir les crises futures (selon la fourchette de pourcentage pour cinq régions du RLISS).

Équipe mobile de soutien en cas de troubles du comportement en SLD

- 2 139 clients desservis en date du 31 décembre 2015 (7 949 depuis le 1er avril 2012) et 29 506 services et interactions directes auprès des clients et des familles.
- 1 231 clients ont été soutenus lors des transitions entre les soins de longue durée, les soins communautaires, les soins actifs et (ou) les milieux de soins tertiaires en date du 31 décembre 2015, et les aiguillages de transition ont augmenté jusqu'à devenir le principal motif d'aiguillage vers l'équipe mobile de soutien en soins de longue durée (59,42 % des aiguillages).
- En dépit d'une augmentation des aiguillages sur douze mois, les temps d'attente n'augmentent pas : le temps de réponse entre la réception de l'aiguillage et le premier contact a été de 0,3 jour en moyenne; le temps de réponse entre la réception de l'aiguillage et la première visite s'est situé entre 2,4 jours et 2,8 jours pour les services de soutien épisodique et de transition.
- 11,2 % des aiguillages reçus étaient des cas dirigés de nouveau vers le programme du Projet OSTC. Parmi ceux-ci, 92 % étaient des clients d'abord aiguillés vers les services de soutien épisodique, et 8 % étaient des clients aiguillés à l'origine pour des services de soutien de transition proactif.

Accroître les capacités par l'encadrement et la modélisation

« Les soins que nous avons été en mesure d'offrir aux résidents et à leur famille ont augmenté et se sont améliorés grâce aux idées et aux interventions de l'équipe mobile de soins de longue durée. »

Cathy Luke, directrice des soins, soins de longue durée de Grace Villa

Responsables cliniques hospitaliers du Projet OSTC

- 187 clients desservis dans les hôpitaux en date du 31 décembre 2015, par deux responsables cliniques depuis qu'ils ont commencé à recevoir les aiguillages en mai 2015
  - 152 clients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, principalement vers des lits de soins transitoires et de soins de longue durée, des maisons de retraite et des maisons privées.

- 9 patients, qui ont évité les unités d'évaluation du comportement, ont été placés dans des foyers de soins de longue durée.
- La durée du séjour en attente d'un autre niveau de soins pour les patients de tous les hôpitaux du RLISS identifiés dans les données du système d'information sur les ANS comme ayant des besoins en matière de soins spécialisés - comportement est passée d'une moyenne de 43,64 jours-patients à 28,91 jours-patients lorsque l'on compare la période de mai à décembre 2014-2015 à la même période en 2015-2016, moment où les responsables cliniques du Projet OSTC ont été mis en place.

Soutenir les familles à l'hôpital

« Elle a veillé à ce que l'équipe sache comment travailler avec lui et prendre soin de lui... Elle avait de l'expérience avec les gens comme lui... L'hôpital n'était pas la place pour mon beau-père.... Heureusement que la responsable clinique du Projet OSTC était là. »

Belle-fille d'un patient hospitalisé

(Source pour toutes les données du Projet OSTC : Bureau du responsable de la stratégie de HNHB)

Modèle de service axé sur le responsable communautaire intégré (RCI)

- Deux forums supplémentaires de partenaires communautaires sur les RCI ont été organisés à Niagara et Hamilton pour répondre à la demande d'événements favorisant les partenariats de travail collaboratif entre divers fournisseurs de services communautaires partageant une clientèle de personnes âgées ayant des besoins complexes et vivant avec des déficiences cognitives. Lors de ces événements, 85 membres du personnel de première ligne et gestionnaires, y compris des partenaires des maillons santé, ont participé, si bien qu'un total d'environ 300 membres du personnel et gestionnaires communautaires ont pris part à des événements de RCI au cours des deux dernières années.
- La table de concertation sur le modèle de RCI de Haldimand-Norfolk a collaboré avec les services des urgences et les responsables communautaires pour mettre en œuvre un outil de communication, « Trousse de vie », que les fournisseurs de services et les intervenants d'urgence utiliseront lorsqu'ils desserviront des clients à domicile et qu'ils partageront avec les services des urgences (SU) quand les clients se présenteront aux SU.

Progression de la cybersanté dans le RLISS de HNHB

Le bureau de cybersanté des services de technologie de l'information sur la santé (STIS) du Hamilton Health Sciences (HHS) gère la progression des initiatives régionales de cybersanté afin d'améliorer la prestation des soins de santé dans le RLISS de HNHB. Le bureau de cybersanté offre des services, dont la planification stratégique, la mobilisation des intervenants, la communication, la gestion et l'adoption des changements, la préparation et la négociation des propositions, ainsi que des plans d'intégration et la mise en œuvre des initiatives régionales en matière de cybersanté. Dans le cadre du programme Connexion Sud-Ouest de l'Ontario (cSOO), l'équipe de cybersanté du STIS est responsable du déploiement de ClinicalConnect^{MD} dans les RLISS d'Érié St. Clair, du Sud-Ouest, de Waterloo Wellington et de HNHB. Elle doit aussi remplir le rôle de partenaire régional fournisseur de services pour le RLISS de HNHB. À titre de fournisseur de services partenaire de gestion et d'adoption du changement, le bureau de cybersanté du STIS est tenu de travailler avec les fournisseurs de services de santé locaux pour faciliter le travail et l'inclusion des solutions et des normes du programme de dossiers de santé électroniques (DSE) de cSOO à la prestation courante des soins.

Le financement et le soutien sont fournis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, cyberSanté Ontario et Inforoute Santé du Canada, ainsi que par d'autres partenaires de soins de santé régionaux.

Le bureau de cyberSanté gère un certain nombre d'initiatives en vue d'améliorer les soins aux patients et la sécurité de ces derniers, d'appuyer des stratégies provinciales comme les maillons santé, de même que de mieux intégrer les données et services de manière électronique dans le continuum des soins.

ClinicalConnect[MD]

ClinicalConnect est un portail Web sécurisé qui donne aux médecins et aux cliniciens un accès en temps réel et par voie électronique aux renseignements sur la santé de leurs patients provenant des hôpitaux régionaux, des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et des programmes régionaux de cancérologie du Sud-Ouest de l'Ontario (SOO). Il intègre aussi les données du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) de cyberSanté Ontario et du Réseau d'imagerie diagnostique du Sud-Ouest de l'Ontario (SWODIN). ClinicalConnect constitue un outil fondamental qui fait le pont entre les systèmes d'information disparates qui couvrent une vaste région géographique et englobent de nombreux établissements de soins de santé régionaux, tout en étant l'afficheur clinique régional du programme Connexion Sud-Ouest de l'Ontario (cSOO) financé par cyberSanté Ontario.

En 2015-2016, le portail a fait l'objet d'un certain nombre de mises à jour importantes sur le plan des données ainsi que de la fonctionnalité. ClinicalConnect regroupe désormais les données de 67 hôpitaux de soins actifs (comparativement à 50 l'année dernière), de quatre CASC, du SILO et des images diagnostiques que 58 établissements hospitaliers ont fournies au SWODIN (comparativement aux images de huit établissements l'année dernière). Du point de vue fonctionnel, un certain nombre d'améliorations ont été apportées à ClinicalConnect au cours de l'année. En septembre 2015, l'intégration à DynaMed[MD] a été menée à bien, donnant ainsi aux utilisateurs de ClinicalConnect issus d'organismes du RLISS de HNHB (projet pilote) un accès direct depuis ClinicalConnect à cet outil de renseignements cliniques fondés sur des données probantes. Les utilisateurs peuvent accéder à d'autres renseignements cliniques au sujet de noms de maladie, d'affections et de médicaments sur ordonnance afin de soutenir leur prestation de soins, et les renseignements présentés tiennent compte de l'âge et du sexe du patient. Une évaluation de cette intégration à DynaMed est en cours et l'intégration pourrait s'élargir à des utilisateurs d'autres RLISS du SOO dans le cadre d'un projet ultérieur. ClinicalConnect donne aussi maintenant accès aux plans de soins des CASC du Sud-Ouest et de Waterloo Wellington. En décembre 2015, un nouvel indicateur « Visites fréquentes aux SU » a été adopté dans l'en-tête de la page du patient de ClinicalConnect afin d'identifier rapidement les patients qui comptent cinq visites ou plus aux services des urgences des établissements de soins actifs du SOO au cours des 366 derniers jours. Toujours en décembre, l'icône utilisée par les maillons santé et figurant dans l'en-tête de la page du patient a fait l'objet d'une mise à jour et ne s'affiche désormais que pour les patients qui possèdent un plan de soins coordonnés mis en œuvre par un maillon santé du RLISS de HNHB. Sous un autre angle des maillons santé, l'équipe de gestion et d'adoption du changement du bureau de cybersanté des STIS a participé à l'essai de l'outil de coordination des soins du ministère de la Santé, lequel a été déployé dans trois maillons santé au sein du RLISS de HNHB à l'automne 2015. Le bureau de cybersanté des STIS a assuré la gestion de projet, la gestion du changement ainsi que les services d'éducation et de communication à l'appui de l'outil de coordination des soins mis à l'essai.

Du point de vue du déploiement et grâce à une gestion du changement dynamique et aux efforts d'adoption de la part des partenaires fournisseurs de cSOO de l'ensemble de la région, ClinicalConnect compte aujourd'hui près de 38 000 utilisateurs autorisés (comparativement à 17 000 l'année dernière). De plus, pratiquement tous les utilisateurs des établissements de soins actifs du RLISS de HNHB ont directement accès à ClinicalConnect à partir de leur système d'information hospitalier au moyen d'une capacité de lancement contextuelle (par opposition à l'ouverture d'une session distincte sur le site Web). Cette capacité est déployée dans les hôpitaux de l'ensemble du SOO dans le cadre d'un projet de signature unique/interopérabilité financé par Inforoute Santé du Canada et réalisé avec le bureau de cybersanté des STIS.

Au cours de l'exercice 2015-2016, le bureau de cybersanté des STIS a lancé d'autres initiatives de planification et (ou) de mise en œuvre, dont l'intégration de ClinicalConnect au Service commun d'imagerie diagnostique de cyberSanté Ontario, l'accès aux données du SILO par l'entremise de ClinicalConnect à plus de 150 organismes participants et à leurs établissements dans la totalité du groupement, l'intégration des images diagnostiques des derniers hôpitaux du SOO, la transmission des données des laboratoires des hôpitaux du RLISS de HNHB au SILO, la mise à profit de ClinicalConnect pour permettre aux utilisateurs des établissements de soins actifs d'envoyer des aiguillages par voie électronique vers les CASC et le recours à ClinicalConnect pour fournir des avis à l'égard des consultations des patients des SU, des patients hospitalisés et des patients externes dans les hôpitaux régionaux aux CASC et aux fournisseurs de soins primaires. Un projet visant à créer un portail destiné aux patients qui leur permettra d'accéder en ligne à leurs dossiers médicaux a été amorcé, et le financement nécessaire à l'étape de planification provient d'Inforoute Santé du Canada. La capacité de lancement contextuel d'autres systèmes de renseignements non hospitaliers est prévue et (ou) déployée dans les foyers de soins de longue durée et à l'intérieur d'eSHIFT, un outil de « soins à domicile virtuels » qu'utilisent les cliniciens pour indiquer à distance à un autre fournisseur les soins à donner au domicile du patient. Les autres initiatives de cybersanté qui ont été examinées comprennent le service de consultation électronique entre les médecins, l'utilisation du service de vidéoconférence interactive du RTO pour faciliter les visites virtuelles entre les médecins et les patients et la participation à l'initiative d'accès coordonné partagé du RLISS de Waterloo Wellington à l'appui de l'aiguillage vers des ressources appropriées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les projets énumérés ci-dessus, veuillez consulter le site Web suivant : www.HITSeHealth.ca.

Système de gestion des rapports hospitaliers (SGRH)

En 2015, tirant profit de ClinicalConnect et en collaboration avec OntarioMD (OMD), le bureau de cybersanté des STIS a mis en œuvre l'envoi de la transcription et des rapports de radiologie du système de santé de Niagara (juin 2015) et de Hamilton Health Sciences (décembre 2015) au Système de gestion des rapports hospitaliers. Cela signifie que deux systèmes hospitaliers acheminent désormais aux abonnés du SGRH ces rapports vers les dossiers médicaux électroniques de leurs patients. On s'attend à ce que tous les hôpitaux du RLISS de HNHB envoient leur transcription et leurs rapports de radiologie au SGRH d'ici la fin de 2016, maximisant ainsi ClinicalConnect.

Au 11 mars 2016, dans une perspective de déploiement local et en collaboration avec OMD, 156 cliniciens du RLISS utilisaient le SGRH et près de 300 autres avaient signé des ententes pour s'y abonner. L'équipe de gestion et d'adoption du changement du bureau de cybersanté des STIS poursuit sa

collaboration avec les clients actuels d'EMR Download de ClinicalConnect en vue d'entreprendre la transition d'EMR Download au SGRH.

Système Integrated Decision Support (IDS) Business Intelligence Solution

IDS est un entrepôt de données d'aide à la décision intégré et une solution de veille stratégique visant plusieurs RLISS qui fournit des analyses opérationnelles et à l'échelle du système à plus de 70 fournisseurs de services de santé (FSS) et bureaux des RLISS. Cet outil constitué d'un répertoire de données en direct, d'outils d'analyse et de services de production de rapports est en fonction dans six RLISS (HNHB, Centre-Toronto, Sud-Ouest, Waterloo Wellington, Mississauga Halton et Érié St-Clair).

IDS compte plus de 1 000 utilisateurs actifs et héberge plus de 36,7 millions de dossiers de visites de patients (6 millions de patients individuels) reliés par un numéro de référence du RLISS, ce qui facilite la collaboration entre les secteurs responsables du cheminement de soins des patients. Du point de vue de la cybersanté, IDS complète les initiatives existantes, comme le déploiement de ClinicalConnect, et peut être utilisé pour fournir des analyses et des renseignements sur la santé de la population, la segmentation des risques pour le patient, l'analytique prévisionnelle, les maillons santé ainsi que le financement intégré regroupé, et orienter le développement de l'écosystème.

Gestion et adoption du changement dans le RLISS de HNHB

Depuis février 2016, l'équipe de gestion et d'adoption du changement du bureau de cybersanté des STIS a intégré avec succès les utilisateurs au RLISS, notamment l'ensemble des 21 hôpitaux, plus de 1 000 organismes de soins de santé primaires et secondaires et d'autres cabinets de médecins, plus de 100 organismes du secteur communautaire et deux des cinq bureaux de santé publique. Au cours du dernier exercice, l'équipe a formé plus de 1 100 utilisateurs. Ces efforts de transformation en cybersanté se poursuivront tandis que les modèles de « formation des formateurs » et de « champion de ClinicalConnect » seront adoptés dans l'ensemble des organismes pour assurer la viabilité à long terme de ClinicalConnect et celle d'autres solutions de cybersanté mises à la disposition des fournisseurs de services de santé dans le RLISS.

Améliorer le cheminement des patients à l'échelle du système et l'accès rapide aux services des urgences

Cheminement des patients

Le cheminement des patients s'entend du parcours d'une personne dans le continuum de soins (*source : Institute for Healthcare Improvement)*. Le cheminement des patients porte sur la transition qu'effectuent ces personnes du milieu communautaire à des soins actifs en milieu hospitalier et de ces derniers aux soins postactifs (comme la réadaptation) ou à domicile. Bien que l'on doive parfois s'attendre à des temps d'attente dans le continuum des soins, les problèmes apparaissent lorsque les temps d'attente sont longs en milieu hospitalier ou qu'un grand nombre de personnes attendent à l'hôpital avant d'être transférées dans un milieu de soins postactifs.

Le RLISS évalue le cheminement global des patients dans les hôpitaux à l'aide de deux indicateurs de rendement clés : le taux d'autres niveaux de soins (ANS) et la durée du séjour aux services des urgences (SU).

Le taux d'ANS fait référence à la proportion de jours d'hospitalisation que passe un patient désigné ANS dans des milieux de soins actifs et postactifs pendant une période donnée.

En 2015-2016, 106 personnes de moins ont attendu un autre niveau de soins à l'hôpital (441 en novembre 2015 comparativement à 547 en novembre 2014) et on a signalé 17 257 moins de jours passés en attente d'un ANS pour la même période de référence. *(source : Access to Care, ALC Trending Report, novembre 2015).* Cela a donné lieu à une amélioration de 14 % du taux d'ANS qui est passé de 15,8 % pendant l'exercice 2014-2015 à 13,6 % en 2015-2016.

Définition provinciale d'ANS
« Lorsqu'un patient occupe un lit d'hôpital, mais que son état ne nécessite pas le niveau de ressources ou de services dont il bénéficie dans l'établissement où il se trouve (soins actifs, soins complexes de longue durée, santé mentale ou réadaptation), il doit être désigné ANS par le médecin ou son représentant. La période d'attente d'ANS commence au moment de la désignation et prend fin au moment du congé ou du transfert vers une autre destination (ou lorsque l'état du patient ou ses besoins changent et que la désignation ANS ne s'applique plus). » *(Source : Action Cancer Ontario)*

La durée du séjour aux SU correspond au temps total que les personnes passent aux SU, à partir de leur inscription ou du triage (selon la première éventualité) jusqu'au moment où elles quittent les SU ou sont hospitalisées. Durant ce temps, la personne voit le personnel médical et reçoit des soins.

Comment mesure-t-on la durée de séjour au SU?
Les hôpitaux déclarent le temps maximal qu'il a fallu à 9 patients sur 10 pour terminer leur visite aux SU. L'heure à laquelle le patient a quitté le SU **moins** l'heure du triage ou de l'inscription (selon la première éventualité) **correspond** au temps passé au SU (*Source : MSSLD*).

Le RLISS compte neuf sociétés hospitalières : il y a deux centres universitaires, trois grands hôpitaux communautaires (dont un à plusieurs emplacements), un hôpital pour malades chroniques et trois petits hôpitaux communautaires servant les régions rurales. Huit de ces hôpitaux fournissent des services d'urgence à douze emplacements, parmi lesquels huit SU participent au Programme de financement axé sur les résultats du MSSLD et l'un d'eux dispose de SU spécialisés pour les enfants et les jeunes.

En 2015-2016, le RLISS, en collaboration avec le comité directeur des services d'urgence et les FSS, s'est concentré sur la réduction de la durée du séjour aux SU pour la population de patients admis.

Des améliorations quant à la durée du séjour aux SU pour les patients hospitalisés ont été constatées aux emplacements ci-dessous lorsqu'on compare l'exercice précédent (2014-2015) à l'exercice 2015-2016 depuis le début de celui-ci *(source : Access to Care, ER Fiscal Year Trending Report, janvier 2016)* :

- HGN – 15 h -> 4,9 h (67 %)
- HJBM – 46,5 h -> 26,7 h (48 %)
- GNGH – 43,5 h -> 26,8 h (38 %)
- Welland – 32,72 h -> 21,9 h (33 %)
- BCHS – 25,4 h -> 20,6 h (19 %)

Outre l'amélioration de la durée du séjour aux SU pour les patients hospitalisés, les résultats suivants ont été obtenus :

- une amélioration de 24 % de la durée globale du séjour aux SU à l'Hôpital Joseph Brant Memorial lorsqu'on compare l'exercice 2014-2015 à l'exercice 2015-2016 depuis le début de celui-ci *(source : Access to Care, ALC Trending Report, novembre 2015)*.
- Lettres de reconnaissance reçues en 2015 du ministère et mentionnant un rendement remarquable des services des urgences pour les hôpitaux du RLISS suivants :
    - Plus grande amélioration du 90e percentile de la durée du séjour aux urgences :
        - Hôpital général de St. Catharines – groupe d'hôpitaux à volume élevé
        - Hôpital général du grand Niagara – groupe d'hôpitaux à volume moyen
        - Hôpital de Welland – groupe d'hôpitaux à faible volume
        - Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton – groupe d'hôpitaux d'enseignement
    - Plus faible 90e percentile de la durée du séjour aux urgences :
        - Hôpital War Memorial de Haldimand – groupe d'hôpitaux à volume moyen

Le Programme de soins transitoires et le processus de congé normalisé sont deux stratégies clés visant à améliorer le cheminement des patients sur lesquelles l'accent a été mis en 2015-2016.

Programme de soins transitoires

Le Programme de soins transitoires mis en place en octobre 2014 a été élargi en 2015-2016 à 15 emplacements, pour un total de 196 lits *(source : Rapport du CASC intitulé « Daily Idle Bed Report », 24 mars 2016)* répartis dans les collectivités de Hamilton, de Burlington, de Niagara et de Brant. Ce programme offre une solution de rechange dans la communauté pour les personnes prêtes à recevoir leur congé des hôpitaux de soins actifs, mais qui ne sont pas encore prêtes à rentrer chez elles ou pour y retrouver les conditions dans lesquelles elles vivaient avant leur hospitalisation, ou qui n'en sont pas encore capables.

Les personnes qui ont accès au programme sont stables au plan médical et prêtes à recevoir leur congé de l'hôpital. Le programme offre un cadre qui permet aux personnes de recouvrer des forces et leur autonomie, et leur donne le temps de planifier les modalités de vie en milieu communautaire permanentes les plus appropriées.

Le programme a totalisé plus de 27 977 jours, permettant d'éviter autant de jours en attente d'un autre niveau de soins dans les hôpitaux.

Le programme de lits de transition est déployé dans des maisons de retraite certifiées et des milieux offrant un soutien à la vie autonome, où l'on donne accès à des environnements de soins appropriés et à des services par l'intermédiaire d'un partenariat établi avec le CASC. C'est grâce à ces partenariats que les personnes incapables de rentrer chez elles après un séjour à l'hôpital reçoivent le bon niveau de soins pendant leur transition de retour dans la communauté. Non seulement ce programme procure un environnement de soins plus approprié pour la personne dans la communauté, mais il améliore aussi le flux global des patients dans les hôpitaux de soins actifs, ce qui améliore l'accès aux services de soins actifs.

Pratiques de mise en congé normalisées

Le RLISS de HNHB a toujours été et demeure un fervent partisan de la philosophie Chez soi avant tout. Chez soi avant tout est une philosophie fondée sur des données probantes qui met l'accent sur la gestion de la transition et le soutien offert aux gens pour qu'ils puissent rentrer chez eux après un séjour à l'hôpital.

En juillet 2014, le comité directeur du cheminement des patients du RLISS a reconnu la nécessité de normaliser les pratiques et les processus relatifs aux congés d'hôpital de l'ensemble des fournisseurs du RLISS, afin d'améliorer le cheminement des patients. Les principaux objectifs de l'examen normalisé des processus et des procédures relatifs aux congés d'hôpital sont les suivants :

- Aider les patients à rentrer à la maison/avoir accès aux soins appropriés avant d'y retourner, ou de se rendre à la prochaine destination de soins;
- Améliorer la communication et les échanges avec les fournisseurs de soins primaires;
- Accroître la cohérence et la collaboration du personnel des divers organismes/secteurs;
- Les patients et les familles doivent participer tôt et souvent au partage de l'information au sujet de leurs soins ainsi qu'à l'élaboration de plans de soins de soutien;
- Les agents de première ligne et la direction doivent collaborer pour aider les patients à accéder aux soins.

Soins à domicile et en milieu communautaire

Le 13 mai 2015, le ministère a publié le document intitulé *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*, un plan triennal qui se voulait la première phrase d'une transformation dans la façon dont sont dispensés les soins à domicile et en milieu communautaire. Les forces du RLISS dans la détermination et la planification des services de soins de santé locaux et l'établissement d'efficaces partenariats de collaboration communautaires appuient l'orientation adoptée par le ministère en matière de soins à domicile et en milieu communautaire.

Modèle de soins axé sur la collaboration pour les services de soutien à la personne

En 2015-2016, le RLISS de HNHB a encore renforcé la capacité des organismes de services communautaires de soutien (SCS) à dispenser des services de soutien à la personne à domicile. Le RLISS, le CASC de HNHB et les organismes œuvrant dans les domaines de l'aide à la vie autonome/du logement avec services de soutien ont continué de travailler ensemble à la mise en œuvre et au perfectionnement du modèle de soins axé sur la collaboration, en conformité avec les lignes directrices du ministère pour la collaboration en tant qu'un seul et même secteur et les normes proposées par le groupe de travail provincial des adopteurs précoces.

Le modèle de soins axé sur la collaboration cadre directement avec les priorités pour le système exposées dans la stratégie Priorité aux patients du ministère, notamment l'intégration, la cohérence, la capacité, la qualité et la valeur. Les résultats de ce travail renforceront les liens entre les organisations, normaliseront et amélioreront l'uniformité dans la qualité et la quantité de soins offerts aux personnes à domicile et en milieu communautaire, amélioreront la capacité des organismes de SCS à fournir des SSP, et amélioreront l'intégration dans tous les secteurs, y compris ceux des soins primaires et actifs.

En 2015-2016, les organismes de SCS ont dispensé un total de 134 644 heures de services de soutien à la personne à 1 784 personnes dans l'ensemble du RLISS de HNHB. Plus de 550 de ces personnes étaient auparavant en attente pour ce niveau de soutien personnel et ont désormais accès au service *(source : rapports mensuels des fournisseurs de services d'aide à la vie autonome du modèle de soins axé sur la collaboration)*.

Programme intégré de soins complets

L'une des stratégies clés exposées dans la Feuille de route pour les soins à domicile et en milieu communautaire du ministre est celle des « soins regroupés ». En 2015-2016, le RLISS de HNHB a travaillé en étroite collaboration avec tous les hôpitaux de soins actifs de HNHB pour mettre en œuvre le programme de soins intégrés complets. Ce modèle de soins repose sur les éléments clés du programme du même nom du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton qui vise à renforcer l'intégration des services de soins de santé entre l'hôpital et la maison/communauté. Des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) ont commencé à être recrutés pour le programme à l'Hôpital Joseph Brant Memorial, au Hamilton Health Sciences et au

sein du Brant Community Healthcare System. En mars 2016, 73 clients de 5 hôpitaux y étaient déjà inscrits. D'ici 2016-2017, tous les hôpitaux du RLISS auront mis en œuvre ce modèle de service.

Pour améliorer le modèle susmentionné, le RLISS de HNHB et le Réseau Télémédecine Ontario travaillent avec le Centre de soins de santé St-Joseph à l'intégration pilote des télésoins à domicile au cheminement de soins existant dans le cadre du Programme de soins complets intégrés pour les patients atteints de MPOC/d'ICC. Les télésoins à domicile permettent une surveillance des patients à distance qui permettra d'offrir des soins centrés sur les patients et des soins près du domicile, augmentera l'accès aux services pour les patients, et réduira au minimum la complexité de l'organisation et de la prestation des soins. À ce jour, 35 personnes ont reçu des télésoins à domicile. Bon nombre d'entre elles ont formulé des commentaires positifs, et une évaluation sera menée en 2016-2017 pour déterminer les effets globaux de l'utilisation de cette technologie.

Stabilisation de la rémunération des services de soutien à la personne

Le RLISS de HNHB a mis en œuvre, en 2015-2016, la phase 2 de la stratégie de stabilisation de la rémunération des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) du ministère. Cette stratégie fixe effectivement un salaire horaire minimal pour les personnes qui dispensent des services de soutien à la personne financés par les fonds publics dans le secteur communautaire. En 2015-2016, le RLISS a accordé plus de 8,4 millions de dollars en financement de base à 29 organismes financés par le RLISS qui offraient des services de soutien à la personne.

Participation communautaire

Étant donné l'importance accordée, récemment, à la transformation du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire en Ontario, le RLISS de HNHB a cerné une occasion de dialoguer avec les patients, leurs familles et leurs personnes soignantes pour comprendre les expériences du public et ses attentes concernant le secteur. Plusieurs mécanismes sont utilisés pour recueillir ces renseignements, ce qui a donné lieu à des changements dans la pratique et à des modifications des modèles de soins :

> « La préposée aux services de soutien à la personne qui s'occupe de mon père est très gentille, non seulement avec lui, mais aussi avec toute notre famille. Mon père apprécie vraiment ses visites. »
> *Anonyme (sondage sur la satisfaction des patients, 2015)*

- Des sondages sur la satisfaction des patients ont été menés auprès de toutes les personnes ayant été servies par des organismes de SCS dans le cadre du modèle de soins axé sur la collaboration :
  - 96.3 % des répondants étaient satisfaits ou très satisfaits du passage récent à un nouveau fournisseur de soins à domicile (n=883)
  - 97.7 % des répondants étaient satisfaits ou très satisfaits du degré de dignité et de respect reçu de la part de leur nouveau fournisseur de soins à domicile (n=886)
  - 95.8 % des répondants étaient satisfaits ou très satisfaits du niveau de participation dans la prise de décision en matière de soins en lien avec les soins reçus de la part de leur nouveau fournisseur de soins à domicile (n=878)
  - Sur une échelle de 1 à 10, 95 % ont accordé une note de 7 ou plus à leur nouveau fournisseur de soins à domicile pour la qualité des soins (n = 632; clients qui avaient été transférés du CASC aux SCS uniquement)

- 99,5 % ont affirmé qu'ils recommanderaient les services de soutien à la personne fournis par leurs organismes de SCS à leur famille ou à des amis (n = 216; clients qui se trouvaient précédemment sur une liste d'attente uniquement)

- Des discussions en groupe ont eu lieu avec des clients et des familles au sujet du passage du CASC aux SCS pour les soins à domicile et en milieu communautaire. Les commentaires ont été utilisés aux fins d'ajustement de la stratégie future pour la transition des clients au sein du modèle de soins axé sur la collaboration.
- Le RLISS de HNHB a engagé le dialogue avec la Change Foundation afin d'organiser des séances de participation avec des professionnels de première ligne du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire, des soins actifs, des soins de santé mentale et des soins primaires afin de comprendre leurs expériences auprès des soignants membres de la famille et la façon de les soutenir ou d'améliorer le soutien. Ces travaux éclaireront la planification future en lien avec les expériences des soignants membres de la famille et des patients au sein du RLISS de HNHB et à l'échelle provinciale.

Indicateurs de rendement de l'ERMR

Figure 13 : Indicateurs de rendement de l'ERMR)

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
1. Pourcentage de clients des soins à domicile ayant des besoins complexes qui ont reçu leur visite de soutien à la personne dans les cinq jours suivant la date de l'autorisation de services de soutien à la personne*	95,00 %	85,39 %	86,55 %	85,28 %	89,37 %	90,49 %	90,80 %
En 2015-2016, le RLISS de HNHB a obtenu un meilleur rendement pour cet indicateur qu'en 2014-2015, et continue de dépasser de plus de 5 % la moyenne provinciale. L'objectif provincial n'a cependant pas été atteint. Le CASC de HNHB est responsable de coordonner les services de soutien à la personne offerts aux clients qui présentent des besoins complexes et peut recevoir des aiguillages émanant tant des hôpitaux que du milieu communautaire. Les patients aiguillés par des hôpitaux ont été plus nombreux à recevoir une visite dans les 5 jours suivant l'autorisation que ceux qui avaient été aiguillés à partir de la communauté. Le RLISS de HNHB travaille avec le CASC de HNHB pour comprendre les facteurs influençant le temps écoulé entre l'autorisation et la première visite et cerner des aspects à améliorer. En 2015-2016, le RLISS de HNBH a renforcé la capacité en milieu communautaire pour les personnes aux besoins légers à modérés en matière de soutien personnel dans le cadre du modèle de soins axé sur la collaboration. Aux termes de ce modèle, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) et des organismes de SCS désignés parmi ceux financés par le RLISS qui œuvrent dans les domaines de l'aide à la vie autonome/du logement avec services de soutien travaillent comme un seul et même secteur à la prestation de services de soutien personnel à domicile. En accroissant la capacité communautaire pour servir des personnes présentant des besoins légers à modérés en matière de soutien personnel, le CASC a pu intervenir auprès d'un plus grand nombre de clients aux besoins complexes.							
2. Pourcentage de clients des soins à domicile qui ont reçu leur visite d'une infirmière dans les cinq jours suivant la date de l'autorisation de services infirmiers*	95,00 %	93,71 %	93,21 %	93,66 %	92,67 %	93,47 %	93,32 %
En 2015-2016, le RLISS de HNHB a amélioré son rendement pour cet indicateur par rapport à l'exercice précédent. Bien que comparable à la moyenne provinciale, ce rendement demeure cependant inférieur à l'objectif provincial. Le CASC de HNHB reçoit des aiguillages en soins infirmiers émanant du milieu communautaire et des hôpitaux. Dans les deux cas, les taux en ce qui concerne la visite du personnel infirmier dans les 5 jours suivant la date d'autorisation sont relativement identiques. Le CASC a cerné dans son plan de travail une amélioration de ce paramètre et continue de surveiller étroitement le rendement. En 2015-2016, il a été déterminé que le programme de soins complets intégrés exerçait une influence négative sur le rendement par rapport au paramètre en question, parce que des gens étaient autorisés à recevoir des services de soins infirmiers avant d'obtenir leur congé de l'hôpital, de sorte qu'il était difficile de voir certains clients à domicile dans les 5 jours. En janvier 2016, un processus a été mis en place pour atténuer cet effet, ce qui améliorera le rendement moyen concernant ce paramètre en 2016-2017.							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
3. 90e percentile du temps d'attente pour les services à domicile du CASC – De la demande présentée en milieu communautaire au premier service du CASC (à l'exclusion de la gestion des cas)*	21 jours	29,00	29,00	30,00	23,00	24,00	25,00
Le rendement du RLISS de HNHB pour cet indicateur a légèrement diminué au cours de l'exercice 2015-2016. Bien qu'il dépasse encore de 5 jours (en moyenne) le rendement provincial, le RLISS n'a pas encore atteint cet objectif. Le temps d'attente pour ce paramètre est divisé en deux intervalles : un premier allant de l'aiguillage à l'autorisation et un second, de l'autorisation au premier service. Le rendement du RLISS de HNHB pour l'intervalle entre l'autorisation et le premier service est demeuré stable (à 7 jours) tout au long de l'exercice 2015-2016. Le rendement pour l'intervalle entre l'aiguillage et l'autorisation a toutefois diminué de 4 à 5 jours depuis l'atteinte de cet objectif par le RLISS. Le CASC a cerné quelques facteurs clés à l'origine de cette augmentation : 1) Les clients peuvent se voir autorisés à recevoir le service, puis être inscrits à une liste d'attente; 2) Les aiguillages précoces à l'hôpital s'accompagnent parfois d'un congé tardif; 3) Les services devant être coordonnés sont plus complexes. Le RLISS de HNHB travaille avec le CASC de HNHB et d'autres partenaires du système de santé pour améliorer le rendement sur ce plan.							
4. 90e percentile de la durée du séjour aux urgences des patients ayant des besoins complexes	8 heures	10,13	10,48	9,97	13,28	13,45	12,83
En 2015-2016, le RLISS de HNBH a amélioré de 4 % ou 27 minutes la durée du séjour aux SU au 90e percentile pour les patients ayant des besoins complexes. Les établissements hospitaliers ayant affiché la plus forte amélioration par rapport à ce paramètre ont été l'Hôpital Joseph Brant Memorial (HJBM) – amélioration de 30 % (de 22,2 à 15,7 h), le Brant Community Healthcare System (BCHS) – amélioration de 17 % (de 13,9 à 11,6 h) et le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (CSSSJH) – 10 % (de 13,2 à 11,8 h). La durée de séjour aux SU au 90e percentile comprend à la fois les patients admis (de niveau 1 à 5 sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité ou ÉTG) et non admis (de niveau 1 à 3 sur l'ÉTG). En 2015-2016, le RLISS de HNHB a atteint l'objectif de 8 h de l'ERMR pour les patients non admis ayant des affections graves (7,3 h), mais dépassé l'objectif de 8 h pour les patients admis (30,2 h). Le RLISS de HNHB et le comité directeur des services des urgences se sont concentrés, en 2015-2016, sur la réduction de la durée du séjour aux SU pour la population admise, et sont parvenus à obtenir une amélioration de12 % comparativement à 2014-2015 (de 34,5 à 30,2 h). Parmi les établissements ayant affiché la plus forte amélioration pour cette population figuraient notamment : le HJBM – 39 % (de 54,8 à 33,2 h), l'établissement de Welland du SSN– 29 % (de 45,8 à 32,5 h) et l'Hôpital général de Norfolk (HGN) – 28 % (de 21,1 à 15,2 h). Les établissements hospitaliers continueront, en 2016-2017, de se concentrer sur l'amélioration de la durée du séjour aux SU pour la population admise, ce qui devrait engendrer une amélioration sur ce plan. Enjeux : Demande : augmentation continue des visites aux SU d'une année à l'autre. Les SU du RLISS ont reçu 16 833 visites de plus en 2015-2016 qu'en 2014-2015 Complexité : 74 % de toutes les visites aux SU en 2015-2016 étaient des cas complexes Taux d'admission : Taux d'admission de 13 % (2e plus élevé des 14 RLISS) Population : 58 % des cas complexes dans les SU étaient des personnes de 65 ans et plus; 39 % ont été hospitalisées.							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
5. 90e percentile de la durée du séjour aux urgences des patients ayant des troubles mineurs/non complexes	4 heures	4,03	4,28	4,07	4,50	4,68	4,55
En 2015-2016, le RLISS de HNHB n'a pas atteint l'objectif de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS (ERMR) d'une durée du séjour aux SU de 4 heures pour les patients non admis ayant des besoins non complexes, s'en étant éloigné de 33 minutes, soit une durée relativement inchangée par rapport à 2014-2015 (3 minutes). Deux établissements ont déclaré une durée du séjour inférieure à l'objectif provincial de 4 heures : l'Hôpital War Memorial de Haldimand avec 2,1 heures et l'établissement Greater Niagara du système de santé de Niagara avec 3,6 heures, alors que les dix autres établissements ont dépassé l'objectif (allant de 4,3 heures au Brant Community Healthcare System et à l'établissement St. Catharines du système de santé de Niagara à 6,3 heures pour l'Hôpital Joseph Brant Memorial). La hausse du volume de visites aux SU de patients ayant des affections plus graves et qui entrent en concurrence avec les mêmes ressources des SU et l'accès aux soins primaires dans la communauté continue d'être pointée comme un défi pour atteindre cet objectif. Des stratégies propres aux établissements pour améliorer les résultats pour cet indicateur en 2015-2016 comprennent : le dépistage et l'intervention précoce grâce à l'équipe mobile d'évaluation et de rétablissement pour les personnes âgées, les progrès au niveau de l'accès à l'imagerie diagnostique et des délais d'exécution pour améliorer le flux, l'examen des heures des médecins, les événements Kaizen visant à établir de nouveaux modèles de soins au SU comportant une mise en œuvre par étapes, l'augmentation du nombre d'IA pendant les périodes les plus occupées.							
6. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi leur examen d'IRM dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	41,75 %	40,37 %	38,41 %	47,97 %	44,45 %	47,48 %
Le RLISS a dépassé le rendement de la province de 9,07 % en 2015-2016, et de 4,08 % au cours du dernier trimestre, mais il n'a pas atteint l'objectif provincial pour cet indicateur. Le rendement du RLISS reflète les défis provinciaux auxquels les hôpitaux font face pour répondre à la demande des patients et des médecins pour les IRM. Au cours de la dernière année, les hôpitaux se sont efforcés d'effectuer plus rapidement les examens d'imagerie pour les patients représentant de plus grandes urgences médicales (examens de priorité 1 et 2), que pour les patients moins urgents sur le plan médical (examens de priorité 3 et 4). Pendant le quatrième trimestre de l'exercice 2015-2016, 84,5 % des examens de priorité 2 ont été effectués dans le délai ciblé, dépassant le rendement des examens d'imagerie de plus faible priorité, soit 3 et 4. Bien que nous soyons parvenus à effectuer les examens d'imagerie plus urgents plus rapidement, ce changement d'orientation s'est traduit par une attente plus longue pour les examens non urgents. Le comité directeur d'imagerie diagnostique en est aux dernières étapes de l'élaboration d'un formulaire d'aiguillage commun pour les IRM et il crée des protocoles pour les examens d'IRM rapides afin d'améliorer l'efficience des tomodensitomètres et de permettre à plus de patients de passer un examen.							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
7. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi leur tomodensitogramme dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	77,77 %	74,08 %	74,60 %	74,99 %	60,63 %	68,89 %
Les patients ayant besoin de tomodensitogrammes ont eu à attendre plus longtemps au cours des deux derniers trimestres du présent exercice comparativement à l'année précédente. De ce fait, les demandes de tomodensitogrammes des médecins n'ont cessé d'augmenter. Pour les patients ayant des besoins médicaux plus élevés (examens de priorité 2), l'objectif provincial a été atteint et même dépassé, 93,81 % des examens de priorité 2 ayant été réalisés dans les délais de temps d'attente ciblés. Les patients qui présentent des cas plus urgents sur le plan médical continuent d'être une priorité pour les tomodensitogrammes. En raison de la hausse de la demande de tomodensitogrammes au cours de l'exercice 2015-2016, il a été de plus en plus ardu de répondre à la demande pour les examens de priorité 3 et 4. Le comité directeur d'imagerie diagnostique continue de chercher des occasions de mettre en œuvre les recommandations de Choisir avec soin afin de réduire le nombre de tomodensitogrammes potentiellement inappropriés. Le système de santé de Niagara a dirigé des recommandations collaboratives fondées sur des données probantes de Choisir avec soin au sein de son service des urgences afin d'essayer d'augmenter la pertinence des soins et de faire en sorte que l'utilisation des tomodensitogrammes soit une grande réussite. De nouveaux renseignements accessibles grâce à la mise à niveau du Système d'information sur les temps d'attente pour les tomodensitogrammes permettront une analyse plus détaillée du rendement de ces examens à l'avenir et révéleront les occasions d'améliorer le rendement.							
8. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi un remplacement de la hanche dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	81,51 %	79,63 %	79,97 %	75,06 %	76,14 %	79,22 %
Le RLISS de HNHB a amélioré son rendement pour cet indicateur de 4,16 % comparativement à l'exercice 2014-2015. Le rendement du RLISS de HNHB est à 1 % du rendement de la province. Les directeurs orthopédiques de chaque établissement examinent régulièrement les renseignements sur la liste d'attente pour s'assurer que des plans adéquats sont mis en place afin de gérer les patients dont l'attente est supérieure au délai ciblé. La participation des chirurgiens au programme régional d'évaluation des articulations est encouragée pour veiller à ce que l'on offre aux patients la première date d'intervention chirurgicale disponible. Les facteurs qui contribuent aux défis continus pour atteindre l'objectif provincial comprennent : les tendances en matière d'aiguillage des fournisseurs de soins primaires, la préférence des patients pour un établissement et (ou) un chirurgien particulier, la hausse des retards accumulés pour les patients en attente d'une intervention chirurgicale et le volume croissant de nouveaux patients ajoutés aux listes d'attente. Des initiatives, orientées par le comité directeur de l'orthopédie, ont été mises en place pour réduire les variations dans les temps d'attente et garantir la qualité des soins. Le comité directeur en est aux dernières étapes d'un examen des soins d'arthroplastie totale du genou et de la hanche à l'échelle du RLISS pour chercher des occasions supplémentaires d'améliorer le rendement.							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
9. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi un remplacement du genou dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	79,76 %	78,18 %	79,14 %	72,25 %	68,70 %	75,32 %
Le RLISS de HNHB a amélioré son rendement pour cet indicateur de 3,07 % comparativement à l'exercice 2014-2015. Les directeurs orthopédiques de chaque établissement examinent régulièrement les renseignements sur la liste d'attente pour s'assurer que des plans adéquats sont mis en place afin de gérer les patients dont l'attente est supérieure au délai ciblé. La participation des chirurgiens au programme régional d'évaluation des articulations est encouragée pour veiller à ce que l'on offre aux patients la première date d'intervention chirurgicale disponible. Les facteurs qui contribuent aux défis continus pour atteindre l'objectif provincial comprennent : les tendances en matière d'aiguillage des fournisseurs de soins primaires, la préférence des patients pour un établissement et (ou) un chirurgien particulier, la hausse des retards accumulés pour les patients en attente d'une intervention chirurgicale et le volume croissant de nouveaux patients ajoutés aux listes d'attente. Des initiatives, orientées par le comité directeur de l'orthopédie, ont été mises en place pour réduire les variations dans les temps d'attente et garantir la qualité des soins. Le comité directeur en est aux dernières étapes d'un examen des soins d'arthroplastie totale du genou et de la hanche à l'échelle du RLISS pour chercher des occasions supplémentaires d'améliorer le rendement.							
10. Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients en attente d'un autre niveau de soins (ANS)*	9,46 %	14,35 %	14,15 %	14,16 %	18,23 %	16,06 %	16,33 %
En 2015-2016, le RLISS de HNHB a amélioré le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS de 10 % comparativement à 2014-2015. Le RLISS de HNHB continue de travailler à un certain nombre de stratégies pour améliorer le cheminement global des patients. Ces stratégies comprennent notamment : 1) des pratiques de mise en congé fondées sur des données probantes et normalisées, y compris la planification de mises en congé précoces (conversation de 48 heures), l'évitement des attentes d'autres niveaux de soins (ANS), et l'intégration de la date prévue de congé aux pratiques de mise en congé; 2) des stratégies propres aux hôpitaux : réunion quotidienne, cartographie des lits, cartographie des flux de valeur, évitement des admissions, modèles géographiques pour les médecins; 3) une capacité communautaire accrue : poursuite de l'élargissement du Programme de soins transitoires de la région situé dans des maisons de retraite et des milieux offrant une aide à la vie autonome autorisés qui donnent accès à des services de soutien personnel 24 heures sur 24 dans des milieux d'hébergement en commun. Le Programme de soins transitoires offre une solution de rechange en communauté aux personnes prêtes à recevoir leur congé des hôpitaux de soins actifs, mais incapables de retourner à la maison dans leur milieu de vie préalable à leur hospitalisation. Le programme fournit un environnement qui soutient les personnes pour qu'elles recouvrent leurs forces et leur autonomie, et qui leur donne le temps nécessaire pour pouvoir planifier le milieu de vie permanent communautaire le plus approprié; et 4) une attention continue à l'égard de la population des séjours de longue durée : grâce à la surveillance continue et un à processus de résolution des cas complexes normalisé. Le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients en attente d'ANS est souvent influencé par la fermeture des dossiers ayant de longues périodes d'attente. Les dossiers ayant de longues périodes d'attente dans le RLISS de HNHB comprennent : les soins de longue durée (qui peuvent être influencés par les choix, des antécédents de comportements réactifs), les foyers de groupe pour les personnes ayant une déficience développementale, les programmes spécialisés (lits provinciaux destinés à l'assistance ventilatoire, services de transition en gestion des troubles du comportement) et les patients désignés comme nécessitant un ANS en soins actifs sans destination au congé (p. ex., des patients ayant des besoins en matière de soins excédant les niveaux offerts en hôpital de soins postactifs, en milieu communautaire et en soins de longue durée).							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
11. Taux d'ANS	12,70 %	13,70 %	14,12 %	13,98 %	15,78 %	13,49 %	13,61 %
Le RLISS de HNHB a observé une amélioration constante du taux d'ANS tout au long de 2015-2016 et il est demeuré dans un écart de 10 % de l'atteinte de l'objectif provincial de 12,7 %. Le RLISS de HNHB continue de travailler à un certain nombre de stratégies pour améliorer le cheminement global des patients. Ces stratégies comprennent notamment : 1) Chez soi avant tout; 2) des stratégies propres aux hôpitaux; 3) une capacité communautaire accrue : poursuite de l'élargissement du Programme de soins transitoires de la région; 4) la poursuite de la mise en œuvre et des investissements dans le modèle de services de soutien en milieu communautaire et à domicile – un modèle de soins collaboratif mettant l'accent sur le transfert de clients stables ayant des besoins en matière de services de soutien à la personne légers à modérés du CASC aux fournisseurs de services d'aide à la vie autonome, tout en permettant au CASC de se concentrer sur la hausse des aiguillages des hôpitaux et de la communauté nécessitant des niveaux de soins plus élevés et la prise en charge des cas; 5) la poursuite de la mise en œuvre et de l'élargissement du modèle de soins complets intégrés dans tous les établissements hospitaliers; 6) l'élargissement des responsables cliniques du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) à l'hôpital (jusqu'à trois) pour travailler avec les hôpitaux du RLISS afin de s'attaquer aux obstacles à la mise en congé des personnes ayant des antécédents de comportements réactifs; et 7) la prévention du déclin physique grâce à des programmes d'intervention précoce comme les équipes mobiles d'évaluation et de rétablissement pour les personnes âgées.							
12. Visites répétées et imprévues aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale*	16,30 %	19,62 %	20,33 %	20,28 %	18,59 %	18,61 %	18,46 %
En 2015-2016, le RLISS de HNHB n'a pas atteint l'objectif provincial de 16,3 %. Le RLISS a cependant réalisé de modestes améliorations par rapport à 2014-2015. En outre, le rendement du RLISS de HNHB est meilleur que celui de la province. Le lancement et (ou) l'élargissement des équipes mobiles d'intervention rapide à l'échelle du RLISS au cours de l'année a probablement contribué aux modestes améliorations, et un effet plus important est attendu pour l'exercice 2016-2017 puisque ces programmes continuent d'éviter des visites aux services des urgences selon les besoins au profit d'autres ressources. Brantford a effectué son lancement au cours de l'exercice précédent en janvier 2015. L'élargissement à Hamilton de l'équipe initiale à sept jours par semaine et le lancement de la deuxième équipe complète ont commencé en avril 2015, l'équipe de Norfolk a été lancée en mai 2015, Niagara a lancé la sienne en juillet 2015, et Halton a commencé en décembre 2015. Le RLISS de HNHB a aussi maintenu le financement d'un coordonnateur en interventions rapides afin de mettre en œuvre le modèle du Youth Wellness Centre pour garantir l'intervention précoce auprès des jeunes qui vivent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et pour étendre le modèle à l'échelle du RLISS de HNHB.							

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
13. Visites répétées et imprévues aux urgences dans les 30 jours attribuables à des problèmes de toxicomanie*	22,40 %	31,34 %	33,39 %	33,42 %	27,11 %	30,82 %	29,79 %
En 2015-2016, le RLISS n'a pas atteint l'objectif provincial de 22,4 %. Le rendement du RLISS de HNHB a diminué en 2015-2016 comparativement à 2014-2015 pour cet indicateur de rendement. Il a cependant obtenu une meilleure amélioration en 2015-2016 que le rendement de la province. Le maintien du financement d'un coordonnateur de la mise en œuvre pour le traitement des troubles concomitants du RLISS de HNHB a été effectué afin de rassembler les fournisseurs de services de santé pour élaborer des approches communes locales pour le traitement des troubles concomitants (lorsque des problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont tous deux présents) et pour accroître la capacité de nos fournisseurs de services de santé grâce à la formation et à des projets d'amélioration locaux. Ces mesures devraient aider à accroître la capacité de nos fournisseurs de services de santé à offrir les soins appropriés, au bon endroit et au bon moment, et à diminuer les besoins de services d'urgence. Le RLISS de HNHB a aussi maintenu le financement d'un coordonnateur en interventions rapides afin de mettre en œuvre le modèle du Youth Wellness Centre pour garantir l'intervention précoce auprès des jeunes qui vivent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et pour étendre le modèle à l'échelle du RLISS de HNHB.							
14. Réadmissions dans les 30 jours pour troubles sélectionnés des regroupements de patients hospitalisés du MAS**	15,50 %	16,60 %	16,62 %	16,51 %	16,50 %	16,51 %	16,47 %
Le rendement du RLISS de HNHB pour cet indicateur, bien qu'il soit supérieur à la moyenne provinciale, demeure au-dessus de l'objectif provincial. Du T3 de 2014-2015 au T2 de 2015-2016, les troubles des regroupements de patients du MAS qui ont eu une incidence négative sur le rendement pour cette mesure sont l'ICC, la MPOC et l'IAM, avec des taux moyens de réadmission dans les 30 jours de 22,6 %, 19,1 % et 17,3 %. De plus, 35 % du nombre total de réadmissions dans le RLISS de HNHB du T3 de 2014-2015 au T2 de 2015-2016 ont été attribuables aux regroupements de patients hospitalisés du MAS souffrant de troubles gastro-intestinaux, qui ont présenté un taux moyen de réadmission dans les 30 jours de 17,2 %. Pour atteindre l'objectif provincial, des améliorations doivent être apportées au niveau de ces groupes. Le RLISS de HNHB dirige plusieurs initiatives clés visant à améliorer le rendement à l'égard des réadmissions dans les 30 jours. Le Programme de soins complets intégrés sera lancé dans tous les établissements hospitaliers de soins actifs d'ici 2015-2016, ce qui renforcera l'intégration des services entre les hôpitaux et les services de soins à domicile et améliorera les résultats pour les patients. Le Programme de soins complets intégrés sera également intégré au programme communautaire « Caring for my COPD » qui vise à améliorer l'autogestion de la MPOC. En 2015-2016, une évaluation robuste du programme « Caring for my COPD » a été entreprise et les résultats seront accessibles en 2016-2017. Ce rapport d'évaluation contiendra des recommandations relatives à l'amélioration du rendement. De plus, la stratégie des maillons santé a continué de prendre de l'ampleur et d'étendre sa mise en œuvre en 2015-2016, avec 957 plans de soins coordonnés élaborés en date de mars 2016. Les maillons santé coordonnent les soins pour les personnes qui accèdent fréquemment aux services d'urgence parce que leurs besoins ne sont pas satisfaits dans la communauté. Enfin, le RLISS s'est concentré sur la collaboration et les partenariats entre les FSS en 2015-2016 afin d'accroître l'accès aux services pour les personnes atteintes de diabète et la coordination de ces services.							

Indicateur de suivi	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
15. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi une chirurgie oncologique dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	87,02 %	86,56 %	88,03 %	77,52 %	81,70 %	81,44 %
Au cours de la dernière année, nous avons continué à travailler avec nos divers établissements hospitaliers pour améliorer l'efficacité des salles d'opération et à collaborer avec chaque chirurgien relativement à ses pratiques en matière de codage. Le comité directeur régional d'oncologie examine régulièrement les cibles des rapports du rendement trimestriel et communique les leçons tirées, les pratiques exemplaires et les occasions à ne pas manquer dans le RLISS de HNHB. Au cours de la dernière année, nous avons vu une augmentation des nouveaux cas de cancer du sein, de cancer de la prostate, de cancer gastro-intestinal, de cancer gynécologique ainsi que de cancer de la tête et du cou. Les chirurgiens recrutés récemment (cancer colorectal, gynécologique, hépatobiliaire) commencent à améliorer notre temps d'attente en chirurgie. Nous continuons de voir s'allonger les temps d'attente des chirurgies de la prostate, car la demande pour la chirurgie robotique de la prostate continue à influer sur les temps d'attente, et nous ne prévoyons aucune amélioration immédiate de ce temps d'attente de la chirurgie robotique. La chirurgie de reconstruction du sein au moment de la première intervention chirurgicale a une incidence sur les temps d'attente.							
16. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi un pontage coronarien dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	96,01 %	94,00 %	95,00 %	99,69 %	100,00 %	99,00 %
Le RLISS de HNHB a dépassé la cible de la CPMR pour ce paramètre. Le RLISS surveille étroitement les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur les temps d'attente d'une chirurgie cardiaque, telle la pression exercée sur le cheminement des patients dans les hôpitaux.							
17. Pourcentage de cas de priorité 2, 3 et 4 qui ont subi une chirurgie de la cataracte dans les délais de la cible d'accès	90,00 %	91,93 %	87,37 %	88,09 %	84,78 %	87,23 %	85,21 %
Deux établissements sur cinq ont dépassé l'objectif pour l'exercice 2015-2016. On a observé une légère amélioration du rendement du RLISS de HNHB comparativement à l'année dernière. Les fournisseurs et les données des hôpitaux continuent de montrer que la demande pour ce service dépasse le nombre de chirurgies offertes au moyen de l'allocation axée sur les actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) au RLISS de HNHB. Cela a eu un effet négatif sur les temps d'attente de nos résidents, et les tentatives d'éliminer l'accumulation de cas se poursuit. Le comité de direction de la vision du RLISS a cherché à réduire l'écart dans les temps d'attente entre les établissements en augmentant la transparence des renseignements sur les temps d'attente et en encourageant la réorientation des patients vers les chirurgiens dont les temps d'attente sont plus courts. Avec le soutien du comité de direction de la vision, les fournisseurs cherchent à fixer des rendez-vous pour les patients dont la priorité est plus élevée et à faire en sorte que les rendez-vous soient donnés en premier aux cas dont les temps d'attente sont les plus longs au sein de chaque groupe prioritaire. Les établissements ont équilibré le nombre de chirurgies au cours de l'année, éliminant ainsi les préoccupations antérieures relatives à la concentration des chirurgies au début de l'exercice.							

Indicateur de suivi	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
18 a) Temps d'attente entre la demande en milieu communautaire au CASC pour un placement en foyer de soins de longue durée à la détermination d'admissibilité**	S.O.	14,00	15,00	14,00	9,00	10,00	9,00
Selon le rendement du RLISS, les personnes qui ont été évaluées dans la communauté ont attendu 10 jours entre la demande et la détermination d'admissibilité pour un placement en foyer de soins de longue durée. Cela dépasse de 5 jours la moyenne provinciale. Le CASC continue de collaborer avec les personnes et les fournisseurs de soins pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées avant de choisir une destination de soins.							
18 b) Temps d'attente entre la demande en milieu de soins actifs au CASC pour un placement en foyer de soins de longue durée et la détermination d'admissibilité**	S.O.	8,00	7,00	8,00	6,00	6,00	6,00
Selon le rendement du RLISS, les personnes ont attendu 6 jours dans les établissements de soins actifs entre la demande et la détermination d'admissibilité pour un placement en foyer de soins de longue durée. Cela dépasse d'1 jour la moyenne provinciale. Les travaux se poursuivent avec le CASC et les hôpitaux pour faciliter l'évaluation et les congés pour les personnes qui ont besoin de soins de longue durée. Les stratégies permettant d'atteindre cet objectif dans les hôpitaux comprennent les suivantes : les initiatives Chez soi avant tout, les rondes de détermination des cheminements des patients avec les responsables du cheminement dans les hôpitaux et le CASC, ainsi que le soutien clinique du Projet OSTC visant à contribuer au placement des personnes ayant des comportements réactifs.							
19. Taux de visites aux urgences pour des problèmes de santé qui seraient mieux pris en charge ailleurs, par tranche de 1 000 personnes*	S.O.	19,56	4,58	12,86	22,27	4,89	13,69
Le rendement du RLISS pour cet indicateur s'est amélioré de 8,58 par tranche de 1 000 personnes entre l'exercice 2014-2015 et l'exercice 2015-2016 et il continue de s'approcher du rendement provincial. Le RLISS a collaboré avec les hôpitaux adopteurs précoces pour élaborer des stratégies visant à éviter les admissions, avec la possibilité d'étendre ces stratégies à tous les établissements hospitaliers au sein du RLISS. Le maintien de l'engagement avec les médecins de soins primaires ainsi que la mise en œuvre du modèle de soins complets intégrés ont contribué à l'amélioration de cet indicateur.							

Indicateur de suivi	Objectif provincial	Provincial			RLISS		
		Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)	Résultat pour l'exercice 2014-2015	Plus récent trimestre	Résultat de 2015-2016 (depuis le début de l'exercice)
20. Taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé propices aux soins ambulatoires, par tranche de 100 000 personnes*	S.O.	320,78	80,87	235,64	389,33	102,84	290,06
Le rendement du RLISS pour cet indicateur s'est amélioré de 99,27 par tranche de 100 000 personnes entre l'exercice 2014-2015 et l'exercice 2015-2016. Cependant, le taux d'hospitalisation du RLISS pour les problèmes de santé propices aux soins ambulatoires est toujours au-dessus de la moyenne provinciale. Le RLISS a amélioré le rendement pour cet indicateur grâce à sa participation aux soins primaires et a poursuivi la mise en œuvre des maillons santé.							
21. Pourcentage de patients en soins actifs qui ont eu un suivi auprès d'un médecin dans les 7 jours suivant l'obtention de leur congé**	S.O.	46,09 %	45,55 %	46,58 %	47,71 %	47,23 %	47,92 %
Le rendement du RLISS pour cet indicateur s'est amélioré entre l'exercice 2014-2015 et l'exercice 2015-2016 et il dépasse le rendement provincial de 1,34 %. Le RLISS a mis en œuvre le volet de transition des congés et le Programme de soins complets intégrés dans tous les établissements hospitaliers, dans le cadre desquels une consultation avec un médecin de soins primaires est prévue pour le patient dans le contexte du processus de planification du congé, dans la mesure du possible. Le RLISS a également commencé la mise en œuvre du projet d'avis électronique à Niagara, qui permet à l'hôpital d'envoyer un avis électronique aux médecins de soins primaires pour les informer que leur patient a reçu son congé et va retourner dans la communauté.							

**L'exercice 2015-2016 se base sur les données disponibles de cet exercice (T1-T3, 2015-2016)*
**L'exercice 2015-2016 se base sur les données disponibles de cet exercice (T1-T2, 2015-2016)*

États financiers et notes afférentes aux états financiers

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2016

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

31 mars 2016

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des résultats 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-14

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2016, ainsi que de ses résultats de fonctionnement, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R./s.r.l.

Comptables professionnels agréés
Experts-comptables autorisés
Le 25 mai 2016

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la situation financière
au 31 mars 2016

	2016	2015
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	1 062 371	888 913
Montant à recevoir au titre de la TVH	21 831	25 366
Débiteurs – Autres	85 256	180
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	31 249 618	22 453 844
	32 419 076	23 348 303
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	262 301	213 956
Montant à verser au Ministère (note 3 b)	913 720	725 831
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	31 249 618	22 453 844
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	2 601	61
Apports de capital reportés (note 5)	21 659	43 958
	32 449 899	23 437 470
Engagements (note 6)		
Dette nette	(30 823)	(89 167)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	9 164	45 209
Immobilisations corporelles (note 7)	21 659	43 958
Surplus accumulé	–	–

Approuvé par le Conseil

_____, Président

_____, Vice-présidente

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des résultats

pour l'exercice clos le 31 mars 2016

	2016		2015
	Budget (note 8)	Montant réel	Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 884 971 100	2 941 067 069	2 895 775 446
Activités du RLISS	4 916 172	4 599 809	4 897 490
Projets			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (note 4)	510 000	510 000	510 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	–	100 000	100 000
Services en français	–	106 000	106 000
Entité de planification des services en français	–	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	–	75 000	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	–	75 000	75 000
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	–	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	–	824 475	841 301
Physiothérapie	–	–	–
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	–	38 662	43 893
	2 890 434 772	2 947 920 208	2 902 948 323
Financement remboursable au Ministère (note 3 a)	–	(188 089)	(725 631)
	2 890 434 772	2 947 732 119	2 902 222 692
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 884 971 100	2 941 067 069	2 895 775 446
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 916 172	4 452 413	4 228 189
Projets (note 10)			
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000	510 000	510 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	–	100 000	100 000
Services en français	–	106 000	106 000
Entité de planification des services en français	–	411 693	411 693
Chef de service des urgences du RLISS	–	72 989	73 478
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	–	75 000	72 599
Planification autochtone	37 500	37 500	37 500
Chef des soins primaires du RLISS	–	75 000	75 000
Éducation sur le diabète	–	824 475	832 787
	2 890 434 772	2 947 732 119	2 902 222 692
Surplus de l'exercice et surplus accumulé de clôture à la fin de l'exercice	–	–	–

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2016

		2016	2015
	Budget (note 8)	Montant réel	Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	–	–	–
Variation des charges payées d'avance	–	36 045	(37 277)
Acquisition d'immobilisations corporelles	–	(16 363)	(18 981)
Amortissement des immobilisations corporelles	–	38 662	43 893
Augmentation de la dette nette	–	58 344	(12 065)
Dette nette au début de l'exercice	–	(89 167)	(77 102)
Dette nette à la fin de l'exercice	–	(30 823)	(89 167)

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2016

	2016	2015
	$	$
Activités de fonctionnement		
Surplus de l'exercice	–	–
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	39 682	43 593
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés	(39 682)	(43 593)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Débiteurs – Autres	(85 076)	782
Montant à recevoir au titre de la TVH	3 935	6 939
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(9 796 774)	26 996 401
Créditeurs et charges à payer	46 348	(153 564)
Montant à verser au Ministère	186 669	297 216
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé provenant du Ministère	9 796 774	(26 996 401)
Bureau des services partagés des RLISS	2 529	(2 026)
Charges payées d'avance	36 645	(37 277)
	193 456	111 950
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	16 363	(18 581)
Activités de financement		
Apports de capital reçus	(16 363)	18 581
Variation nette de la trésorerie	193 456	111 950
Trésorerie au début de l'exercice	868 913	756 963
Trésorerie à la fin de l'exercice	1 062 371	868 913

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2016

1. **Description des activités**

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS »), et ses lettres patentes ont été dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la Loi.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés de Hamilton, de Niagara, de Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilisation avec des fournisseurs de services.

Le RLISS est financé par la province de l'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère. Le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilisation conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en informe le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de ce dernier. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2016.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilisation avec le Ministère établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

2. **Principales méthodes comptables**

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les principales méthodes comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles.

2. **Principales méthodes comptables (suite)**

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est constaté à titre de produits seulement dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis. Ces sommes sont comptabilisées à la clôture de la période au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apports de capital reportés et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des résultats est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de ce qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation corporelle de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations corporelles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est comptabilisé pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert le 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des résultats et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

2. **Principales méthodes comptables (suite)**

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de la période. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et de la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. **Financement remboursable au Ministère**

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2016	2015
	Financement reçu	Charges admissibles	Surplus	Surplus
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 941 067 069	2 941 067 069	–	–
Activités du RLISS	4 638 471	4 452 413	186 058	713 194
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000	510 000	–	–
Entité de planification des services en français	411 693	411 693	–	–
Services en français	106 000	106 000	–	–
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000	100 000	–	–
Chef de service des urgences du RLISS	75 000	72 969	2 031	1 522
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000	75 000	–	2 401
Chef des soins primaires	75 000	75 000	–	–
Planification autochtone	37 500	37 500	–	–
Éducation sur le diabète	824 475	824 475	–	8 514
	2 947 920 200	2 947 732 119	188 089	725 631

3. **Financement remboursable au Ministère (suite)**

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars 2016 se compose des éléments suivants :

	2016	2015
	$	$
Montant à verser au Ministère au début de l'exercice	725 631	428 215
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3 a)	188 089	725 631
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	-	(428 215)
Montant à verser au Ministère à la fin de l'exercice	913 720	725 631

4. **Opérations entre apparentés**

Bureau des services partagés des RLISS et Partenariat des Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS du Centre-Toronto et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS du Centre-Toronto. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration

En date du 31 janvier 2014, le RLISS a conclu une entente avec les RLISS du Sud-Ouest, d'Erié St-Clair et de Waterloo Wellington (le « groupement ») afin d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente des programmes et des initiatives de cybersanté sur le territoire du groupement. En vertu de cette entente, les décisions relatives aux activités financières et aux activités d'exploitation du bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration sont prises en commun. Aucun RLISS n'est en mesure d'exercer un contrôle unilatéral.

Les états financiers du RLISS reflètent la partie qui lui revient du financement fourni par le Ministère au groupement en ce qui a trait au bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration et aux dépenses connexes. Au cours de l'exercice, le RLISS a reçu du RLISS du Sud-Ouest un financement de 510 000 $.

5. **Apports de capital reportés**

	2016	2015
	$	$
Solde au début de l'exercice	43 958	69 170
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	16 362	18 681
Amortissement pour l'exercice	(38 661)	(43 893)
Solde à la fin de l'exercice	21 659	43 958

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Notes complémentaires

31 mars 2016

6. **Engagements**

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location en vertu des contrats de location existants s'établissent comme suit :

	$
2017	172 786
2018	172 786
2019	71 994

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilisation. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

7. **Immobilisations corporelles**

			2016	2015
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	494 740	(478 224)	16 516	8 499
Matériel informatique	248 908	(243 765)	5 143	35 459
Améliorations locatives	572 444	(572 444)	–	–
	1 316 092	(1 294 433)	21 659	43 958

8. **Chiffres du budget**

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des résultats reflètent le budget initial au 1er avril 2015. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget final du financement des fournisseurs de services de santé de 2 941 067 069 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	2 884 971 100
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	56 095 969
Budget final	2 941 067 069

8. **Chiffres du budget (suite)**

Le budget des frais généraux et administratifs final du RLISS de 7 130 840 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	
Activités du RLISS	4 916 172
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration	510 000
Planification autochtone	37 500
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice pour les éléments suivants	
Entité de planification des services en français	411 693
Coordonnateur des services en français	106 000
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences du RLISS	75 000
Chef des soins aux malades en phase critique du RLISS	75 000
Chef des soins primaires	75 000
Éducation sur le diabète	824 475
Budget final	7 130 840

9. **Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé**

Le RLISS a l'autorisation d'accorder un financement total de 2 941 067 069 $ (2 895 775 446 $ en 2015) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2016 :

	2016	2015
	$	$
Gestion d'hôpitaux	1 933 929 144	1 914 168 474
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	462 000	464 700
Centres de soins de longue durée	487 760 279	478 905 154
Centres d'accès aux soins communautaires	311 792 567	307 373 115
Services de soutien communautaires	52 497 726	47 447 841
Lésion cérébrale acquise	7 549 178	7 619 608
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	35 752 550	34 857 366
Centres de soins de santé communautaires	29 277 055	28 958 381
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	82 046 570	75 980 807
	2 941 067 069	2 895 775 446

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il répartit ensuite entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2016, le RLISS devait verser un montant de 31 249 618 $ (22 453 844 $ en 2015) aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges au titre des activités du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. Projets

Le RLISS a reçu du financement aux fins de divers projets énumérés dans l'état des résultats. Le tableau suivant présente les charges relatives aux initiatives par objet :

	2016	2015
	$	$
Salaires et charges sociales	902 803	894 626
Services professionnels	1 206 825	1 201 529
Services partagés	36 000	41 000
Charges locatives	37 000	38 687
Fournitures	10 790	13 079
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	10 438	18 194
Autres	8 781	11 942
	2 212 637	2 219 057

Les charges d'exploitation relatives à la stratégie de lutte contre le diabète qui sont comprises dans les charges liées aux projets présentées ci-dessus s'établissent comme suit :

	Montant réel 2016	Montant réel 2015
	$	$
Salaires et charges sociales	717 701	717 701
Autres	106 774	115 086
	824 475	832 787

11. Charges classées par objet

Alors que l'état des résultats présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2016	2015
	$	$
Salaires et charges sociales	3 421 040	3 107 790
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	26 425	19 425
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	32 559	24 396
Charges du Conseil	9 654	7 913
Frais de déplacement	19 164	19 268
Services-conseils	127 301	78 279
Consultations publiques et communications	43 340	40 281
Fournitures, matériel, entretien et autres	56 942	55 801
Frais d'hébergement	284 161	319 080
Amortissement	38 662	43 893
Services partagés	393 164	512 063
	4 452 412	4 228 189

12. **Conventions de prestations de retraite**

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime multiemployeurs, pour le compte de 40 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2016 s'est établi à 330 651 $ (282 948 $ en 2015), et ce montant a été passé en charges dans l'état des résultats. La dernière évaluation actuarielle du régime a été effectuée au 31 décembre 2015. À ce moment, le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Membres du conseil d'administration

(au 31 mars 2016)

Michael Shea
Président

Mervin Witter
Vice-président

Laurie Ryan-Hill
Vice-présidente

Helen Mulligan
Membre

Bill Thompson
Membre

Dominic Ventresca
Membre

Madhuri Ramakrishnan
Membre

Membre de la haute direction

Donna Cripps
Directrice générale

Au nom du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, nous sommes heureux de soumettre le présent rapport annuel pour la période ayant pris fin le 31 mars 2016.

Michael P. Shea
Président du conseil d'administration

Mervin Witter
Vice-président du conseil d'administration

Coordonnées du RLISS

Téléphone :
905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :
905.945.1992

Courriel :
hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :
264 rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :
www.hnhblhin.on.ca

Twitter :
@HNHB_LHINgage

YouTube :
www.youtube.com/user/hnhblhin

ISSN 1911-2939
139 june/16 © 2016 Queen's Printer for Ontario